



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ: COMO OS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PODEM CONTRIBUIR PARA
MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DAS GRÁVIDAS
HIPERTENSAS**

Gisella Patrícia Silva Delgado

Orientador: Dr. Luís Roque

Mindelo, Setembro, 2014

Titulo: Hipertensão arterial na gravidez : como os cuidados de enfermagem podem contribuir para melhoria de vida das grávidas hipertensas

Declaração de originalidade

Declaro que esta monografia é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas, nos anexos e na bibliografia.

A candidata

Gisella patrícia Andrade Pinto

Mindelo, 09 de Setembro de 2014

“Trabalho apresentado á Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem”

.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, como todas as minhas demais conquistas a minha mãe e ao meu pai. Ao meu Prof. Dr. Luís Roque pelo apoio, carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela coragem, força e discernimento para conseguir ultrapassar todos os obstáculos e atingir os meus objectivos.

A minha mãe e o meu pai pelo apoio e dedicação perante a minha pessoa.

Ao meu Orientador Dr. Luís Roque, pela dedicação e o seu grande sentimento humanitário pelo próximo e também pelos seus conselhos sempre úteis e precisos com que sabiamente conduziu este trabalho.

Aos Professores pelos conhecimentos transmitidos.

Aos meus colegas que dividiram comigo momentos de grande ansiedade durante a elaboração do trabalho.

As orientadoras que acompanharam o meu percurso desde do início, pelo carinho e incentivo.

Às Gestantes que confiaram em mim e se expuseram em relatos tão profundos e delicados.

A todos um muito Obrigada.

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem, por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Para a maioria das mulheres, a gravidez é um fenómeno fisiológico, mas, em alguns casos pode ocorrer agravos durante sua evolução, colocando em risco a saúde da mãe e do feto. De entre esses agravos, que podem ser chamados de doenças maternas, ocorrem nesse período, à hipertensão na gravidez que é considerada uma das que mais provocam problemas no organismo materno, fetal e neonatal.

Ela constitui um dos problemas de grande morbi - mortalidade tanto materno como fetal, o que leva a atribuir ênfase a essa situação. Daí surgiu o interesse de desenvolver o trabalho cujo tema é “ **Hipertensão Arterial na Gravidez: Como os cuidados de Enfermagem podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida das Grávidas Hipertensas.** Tendo como objectivo entender o contributo do enfermeiro na prevenção e diminuição da mesma, da importância das intervenções de enfermagem nessas gestantes, compreender a problemática em estudo e dessa forma enriquecer o conhecimento em relação a temática.

Através de revisões bibliográficas, foi possível constatar que a Hipertensão na Gravidez tem sido uma das patologias mais comuns, por vezes evoluindo para outras complicações da mesma.

A revisão da literatura foi focalizada em alguns artigos Científicos disponibilizados através de revistas, sites de internet e analisando os dados da Entrevista feita no Sector da Maternidade do Hospital Baptista de Sousa. Após uma reflexão sobre os diferentes métodos existentes e os objectivos para o estudo, optou - se pelo método qualitativo para a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo.

O tema em estudo é importante pela sua pertinência e também para aperceber do papel fundamental do Enfermeiro para que as gestantes tenham um acompanhamento eficaz e eficiente, tentando ao máximo prevenir esta patologia, bem como outros que podem surgir durante a gestação, construindo assim um laço entre Enfermeiro/Utente para a melhoria das intervenções de Enfermagem.

Palavras – chave: Gravidez, Hipertensão Arterial na Gravidez, Intervenção de Enfermagem.

ABSTRACT

For most women, pregnancy is a physiological phenomenon, but in some cases injuries may occur during their evolution, endangering the health of both the mother and the fetus. Among these diseases, which can be called maternal diseases, occur in this period, hypertension in pregnancy that is considered one of those that most problems cause in the maternal, fetal and neonatal body.

It is one of the great problems, for both maternal and fetal morbidity and mortality, leading to emphasize this situation. Hence the interest of developing this work whose theme is 'Arterial Hypertension in Pregnancy: How the Nursing care can contribute to improving the quality of life of Hypertensive Pregnant'

Aiming to understand the contribution of nurses in the prevention and reduction of maternal and fetal morbidity and mortality, the importance of nursing interventions in these pregnant women, understand the problem under study, and thus enrich the knowledge regarding the topic through literature review, it was found that the Hypertension in Pregnancy has been one of the most common pathologies, sometimes progressing to other complications thereof.

Through literature review, we determined that the Hypertension in Pregnancy has been one of the most common pathologies, sometimes progressing to other complications thereof. The literature review was focused on some scientific articles available through magazines, internet sites and analyzing data from the interview conducted in the Maternity department of the Hospital Batista de Sousa. After a reflection on the different methods and objectives for the study it was chosen the qualitative method for absolute and comprehensive understanding of the phenomenon under study.

The subject under study is important for its relevance and also to realize the key role of the nurse so that pregnant women has an effective and efficient monitoring, trying to prevent this pathology, as well as others that may arise during pregnancy, thus building a link between nurse / patient for the improvement of nursing interventions.

Key – words: Pregnancy, Hypertension in Pregnancy, Nursing Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS

DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gestação;

IG – Idade Gestacional;

DUM – Data da Última Menstruação;

PE – Pré – Eclâmpsia;

DPP - Descolamento Prematuro de Placenta;

TA – Tensão Arterial;

SNC – Sistema Nervoso Central;

RN – Recém- Nascidos;

BCF – Batimentos Cardio Fetais;

CIUR – Crescimento Intra- Uterina Restrito;

CTG - Cardiotocógrafo;

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica;

SH – Síndrome de Hellp;

HBS – Hospital Batista de Sousa;

QV – qualidade de Vida;

SHEG - Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação;

Índice

DEDICATÓRIA	3
CAPÍTULO I:.....	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. A gravidez	16
1.1.1. A qualidade de vida e a gravidez.....	18
1.2. Hipertensão na Gravidez	20
1.3. Classificação de Síndrome Hipertensivo Na Gravidez	22
1.3.1. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG);	23
1.3.1.1. Pré – Eclâmpsia.....	23
1.3.1.2. Eclâmpsia	26
1.3.1.3. Síndrome HELLP	28
1.3.2. A Hipertensão Arterial Crónica.....	31
1.3.3. Hipertensão Crónica com pré – eclâmpsia sobreposta	32
1.3.4. Hipertensão transitória	32
1.4. Etiologia e Sintomas da Hipertensão na Gravidez	33
1.5. Complicações das Síndromes hipertensivas	35
1.5.1. Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida	35
1.5.1.1. Factores de risco DPPNI	36
1.5.1.2. Diagnostico Clínico de Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida.	36
1.5.2. Crescimento Intra – Uterina Restrito.....	37
1.5.2.1. Classificação de CIUR:	37
1.5.2.2. CIUR precoce (2º trimestre):.....	38
1.5.2.3. CIUR tardio (3º trimestre):.....	38
1.6. Factores predisponentes na Hipertensão na Gravidez.....	39
1.7. A Enfermagem e o Cuidar.....	40
1.8. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GRÁVIDA HIPERTENSA	42
1.9. PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ.....	45
1.10. Acompanhamento pela enfermagem obstétrica da gestação de risco.....	46
Alta.....	50
CAPITULO II:	51
2.METODOLOGIA	51
2.2. Problemática/Justificativa.....	53

2.3. Tipo de estudo	54
2.4. População/Amostra	54
2.5. Instrumento de colheita de dados	54
2.6. Acesso ao campo de estudo.....	55
2.7. Caracterização do campo de estudo:	55
2.8. Considerações Éticas e Legais	55
CAPÍTULO III:	57
3. FASE EMPÍRICA	57
3.2. Caracterização da População Demográfica.....	58
3.3. Apresentação dos dados relativamente os entrevistados	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
Anexos.....	74
Índice de Anexos.....	75

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, para o trabalho académico, foi nos solicitados a elaboração do presente Trabalho de Conclusão de Curso, inserido na Unidade Curricular Seminário Avançados, cujo tema é: - **A Hipertensão Arterial na Gravidez: “ Como os Cuidados de Enfermagem podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida das grávidas Hipertensas”**.

A Hipertensão na gravidez é das intercorrências clínicas mais frequentes na gravidez afectando a evolução da mesma e do desenvolvimento do recém-nascido. Da mesma forma quando associada a gravidez constitui um problema clínico com alta taxa de mortalidade e morbilidade materna fetal.

Smeizer e Bare (2005, p.147) defendem que a Hipertensão Arterial Sistémica:

Ocorre quando a tensão arterial sistólica se encontra superior a 140 mmHg e a tensão diastólica maior que 90mmHg, durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações. A Hipertensão apresenta-se como uma condição multifactorial, podendo ter como causa as alterações em factores que afectam a resistência periférica e o débito cardíaco, ou modificações com o sistema de controlo que monitora ou regulam a tensão, entre outras causas.

De acordo com autores consultados, (Pascoal, 2002, p. 256, Rezende, 1987, p. 8, Koonim, 1997, p. 36)consideram que a Gestação não é considerada uma doença e sim um problema fisiológico normal que na maioria das vezes transcorre sem complicações. Porém, tem – se observado durante o Ensino Clínico o aumento do número de gestantes com o diagnóstico de DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação), o que constitui uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal por apresentar alto risco de morbilidade e mortalidade para o binómio mãe - filho (Oliveira, 2001, p.11).

Nisto, é importante a multidisciplinaridade dos profissionais de saúde em prestar especiais cuidados de enfermagem às grávidas de forma a detectar precocemente tais

diagnósticos, fazer um bom acompanhamento, melhorando assim a qualidade de vida tanto da mãe como do feto.

Ao falar dos cuidados de enfermagem, é de se dizer que a Enfermagem, enquanto profissão da área de saúde a sua principal essência e foco dominante é o cuidado ao ser humano, de implementar acções de saúde específica objectivando a saúde dos indivíduos. Tendo em conta a essência do cuidar, Sousa, Sartor e Prado (2005, p.267) referem que o cuidar significa “ (...) desvelo, solicitude, zelo, atenção, (...) ” referem ainda que pode também “ (...) ser entendido como o modelo de estar com o outro desde o nascimento, promoção e recuperação de saúde, até á sua própria morte”.

Embora Cabo Verde seja um país em desenvolvimento médio, ainda precisa-se melhorar muito á nível do sistema de saúde, visando uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos nossos utentes.

Como referido anteriormente, a escolha da temática reside ao facto da hipertensão na gravidez ser um dos problemas de grande morbilidade e mortalidade tanto materno como fetal, no nosso País como no mundo inteiro, exigindo dos profissionais de saúde um cuidar mais especial de forma a minimizar ou erradicar esse problema.

Outro aspecto que reforça esta temática é o interesse próprio em obter mais conhecimento sobre a hipertensão na gravidez, representado um enorme desafio no sentido de desenvolver competências capazes de identificar, prevenir a Hipertensão na Gravidez e além disso pretende-se explicar a importância das intervenções de enfermagem direccionadas às mesmas.

A escolha deste tema também reside do facto de ser uma área que me despertou bastante curiosidade desde da disciplina da Saúde da mulher, através dos ensinamentos clínicos na enfermaria da Maternidade e sala de parto, sendo hipertensão uma patologias obstétricas de maior incidência (pré – eclâmpsia, eclâmpsia, entre outras complicações da mesma).

Dentro da nossa sociedade a população alvo não dá muita importância a esta patologia, isto é, porque não sabem o risco que esta patologia acarreta, logo é o dever dos profissionais de saúde alertar os mesmos. A aquisição de uma equipa multidisciplinar para a prevenção e prestação de cuidados durante o pré natal contribui para a melhoria de vida das grávidas, tendo elas antecedentes ou não de hipertensão na gravidez.

Normalmente durante a gravidez as gestantes de São Vicente têm um acompanhamento (pré natal), nos Centros de Saúde ou no Centro de Saúde Reprodutiva na Bela Vista, onde por fim vão ser encaminhados para o HBS no sector de maternidade (enfermaria ou sala de parto, conforme a prescrição medica). Também é de realçar que os cuidados prestados durante o pré natal é feito na sua maior parte pelos Enfermeiros.

Para as mulheres cabo-verdianas a gravidez é algo normal, que acontece no dia-a-dia, e que para gerar o filho não precisa ter muita responsabilidade, nem preocupação extra, o que impede o trabalho dos enfermeiros, porque muitas vezes os exames, as terapêuticas exigidas pelos profissionais de saúde não são seguidos com rigor pelas gestantes, apesar dos esforços e da educação que os enfermeiros tenham vindo a desenvolver para tentar diminuir qualquer complicação que pode haver durante a gestação.

Assim, para o desenrolar do trabalho, elabora-se a seguinte pergunta de partida: *As intervenções de Enfermagem adequadas podem minimizar o risco materno - fetal em Grávidas Hipertensas?*

Para encontrar a resposta para a pergunta de partida, elabora-se o seguinte **objectivo geral:**

- Perceber o contributo dos cuidados de Enfermagem para a melhoria da qualidade de vida das grávidas Hipertensas.

Neste sentido, para melhor estruturar a pesquisa delineada para este estudo, traça-se os seguintes **objectivos específicos:**

- Conhecer todo o processo das Síndromes Hipertensivas nas Gestantes através da revisão bibliográfica;
- Descrever as Intervenções de Enfermagem na Gestante Hipertensa.
- Elucidar o conceito de qualidade de vida das grávidas Hipertensas através

de recolha de dados/ entrevista.

- Reconhecer os factores relevantes para a prevenção, afim de prevenir e/ou diminuir as possíveis complicações e efeitos da doença.

Durante o estudo pretende-se debruçar sobre a importância do papel do Enfermeiro para a detecção e prevenção da Hipertensão numa gestante.

Parafraseando Fortin (1999:17):

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento, é em primeiro lugar um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. É um método particular, rigoroso e leva a aquisição de novos conhecimentos de uma forma ordenada.

O presente estudo está estruturado em três capítulos assim distribuídos:

Capítulo I - Apresenta-se o enquadramento do tema, fruto da revisão da literatura, onde também serão abordados os conceitos chaves, assim como as intervenções de enfermagem.

Capítulo II - Segue-se a justificação metodológica do percurso desenvolvido, onde será feita a descrição da metodologia aplicada, ressaltando que se trata de um estudo descritivo qualitativo.

Capítulo III – A fase empírica que engloba a apresentação e análise dos resultados obtidos durante a investigação. Termina assim, com a apresentação das bibliografias consultadas e os anexos.

A realização deste estudo tem como finalidade possibilitar uma reflexão crítica entre os profissionais envolvidos na promoção da saúde da mulher na fase reprodutiva sobre as condutas inerentes a prevenção e/ou controle dos factores de risco, além de nortear um planeamento ou replaneamento da assistência pré-natal, objectivando a redução da taxa de morbimortalidade materna e fetal, medida por este agravo.

CAPÍTULO I:

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A gravidez

A gravidez é considerada uma experiência gratificante e excitante, na vida da mulher e também uma fase de grandes transformações psicológicas e físicas, que envolvem mudanças e adaptações da grávida, do companheiro e da respectiva família (Santos e Cardoso, 2010:26-27).

O enfoque dado pelo Programa de Assistência Humanizada à Mulher do Ministério da Saúde nos diz que a saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, no qual estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças.¹

Actualmente a saúde da mulher tem-se desenvolvido para além da reprodução, ou seja os cuidados estão a ser direccionados para o seu todo. Segundo Helman, (2003, p. 117),” ...a obstetrícia moderna tem atingido resultados importantes na redução da mortalidade e morbilidade materna e neonatal, na preservação da vida dos bebés prematuros, no diagnóstico de anormalidades congénitas in útero e outras técnicas nos últimos 50 anos.”

A evolução tecnológica nesta área, tem – se trazido muitos benefícios para a saúde da mulher e para o feto, principalmente pela integração do nascimento no espaço hospitalar, tornando-o uma prática biomédica, distanciando assim dos factores sociocultural das mulheres e das suas famílias.

Segundo Riessman o nascimento é considerado:

No mundo ocidental, a medicalização do nascimento ocorrida no final do século XIX e início do século XX apresenta uma ênfase exagerada nos aspectos fisiológicos em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto. Isso representa uma tendência a medicalizar um evento biológico normal, transformando-o em um problema médico e convertendo, assim, a mulher grávida em um ser passivo e dependente (Riessman, 1983, p 14).

¹1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: DF; 2001.

Neste caso, declara Helman, (2003, p. 200) que “o produto final mais desejado no processo do parto é o novo membro social, o bebê; a nova mãe é um subproduto secundário.”

O que se tem observado na maternidade do Hospital Baptista de Sousa, em São Vicente é que tem-se trabalhando com visão no novo paradigma, que é o da atenção humanizada à criança, a mãe e a família, respeitando – as em suas características e individualidades.

A experiência vivida durante esta fase da vida da mulher resulta de muitos factores, que incluem a influência do apoio profissional dado pelas enfermeiras e equipa de saúde. Os princípios éticos, tais como respeito, autonomia, beneficência e não maleficência, subjacentes ao enquadramento conceptual da ética do cuidar, devem nortear os cuidados a prestar à mulher durante a gravidez (Ramalho 2010, p. 143).

Nisto pode-se definir a gravidez como sendo:

Um período de crescimento e desenvolvimento de um ou mais embriões no interior do útero. Para que ocorra gravidez é necessário que o óvulo, gâmeta feminino, seja fecundado pelo espermatozóide, gâmeta masculino. O resultado dessa fecundação dá origem ao zigoto, que após várias mitoses se transformam no embrião. Quando esse embrião chega ao útero, ele se fixa na parede uterina em um processo que conhecemos como nidação, ocorre geralmente no 7º dia após a fecundação. Assim que ocorre a nidação, tem-se o início da gravidez, também chamada de gestação. Na espécie humana, a gravidez dura aproximadamente nove meses ou cerca de 40 semanas (Filho 2006, p.20).

Enquanto que para Mendes (2000, p. 3), a gravidez na sua dimensão temporal refere-se a um período de aproximadamente 266 dias ou 38 semanas de gestação, que medeia entre a concepção e o parto.

Canavarro (2006, p. 4) diz que a gravidez é um processo que corresponde a um período de tempo, que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas de gestação, bem definido temporalmente.

E é neste período que são vivenciados as mudanças de diversas ordens no sistema biológico, somático, psicológico e social representado pela experiência única e intensa que influencia tanto a dinâmica psíquica individual como as demais relações sociais da mulher no seu dia-a-dia (Júnior 2010, p. 657).

Como pode - se observar através das definições de gravidez dos dois autores acima referidos (Canavarro e Mendes), a gestação não tem um período definido, ou seja pode enquadrar entre 38 á 40 semanas. Há gestação de menos de 38 semanas e há mais de 40 semanas, mas pode-se dizer o período vai desde a concepção até o nascimento do feto.

Colman (1994, p. 5) fala da gravidez como sendo simultaneamente uma transformação biológica, social e pessoal que põe o indivíduo em contacto com o processo arquetípico, isto é, com os sentimentos, os comportamentos e os significados que residem no interior da natureza humana.

1.1.1. A qualidade de vida e a gravidez

O interesse pelo conceito qualidade de vida (QV) foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Essa preocupação refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos para controlo de sintomas, diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida (Fleck, 1999, p. 40).

Mas, actualmente a qualidade de vida é descrita por Baracho (2007, p. 40), como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores no qual ele vive em relação aos seus objectivos, expectativas e padrões sociais”.

Wender (2001, p. 44) descreve o conceito da QV relacionada a saúde ou seja direccionada às enfermidades/ as intervenções de saúde como “os aspectos da vida de uma pessoa que é afectado por mudanças no seu estado de saúde e que são significativas para a sua qualidade de vida”.

Enquanto que para Lima (2006, p. 111), QV é “um tema de pesquisa imprescindível, visto que os resultados permitem aprovar, definir tratamentos e avaliar custo ou benefício de um serviço prestado.”

De acordo com o mesmo autor: (Lima, 2006, p. 45),

As mudanças relacionadas á saúde física e emocional das grávidas, como os incômodos causados pelas náuseas e vômitos do início da gestação, as dores lombares, a redução da capacidade física no final da gravidez, podem acarretar modificações na forma como a gestante percebe sua QV relacionada a saúde. Ainda hoje não existem dados que mostrem os padrões de modificação esperada na QV relacionada á saúde de gestantes ou que neguem a existência dessas alterações em relação ao período pré – gravítico.

Em suma, os conceitos acima explanados, pode concluir - se que a QV depende de indivíduo para indivíduo, ou seja, a sua QV depende da forma como o indivíduo sente consigo mesmo, e que está relacionada a saúde de acordo com as queixas que apresenta a determinado enfermidade.

1.2. Hipertensão na Gravidez

Muito tem-se falado de situações de enfermidades maternas durante a gravidez e, apesar de terem sido dada muita importância a essas enfermidades, ainda há muito por fazer em relação a isso. A Hipertensão Arterial na Gravidez não deixa de ser uma dessas enfermidades, que tem sido um problema que afecta as gestantes durante a gestação e tem sido uma preocupação dos profissionais de saúde em prevenir as suas complicações evitando assim a morte materna como fetal.

Antes de mais, é importante definir a Hipertensão Arterial na Gravidez, defendida por Nascente, (2009, p. 659) como sendo:

Um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldade no controle em todo o país. É uma afecção comum, assintomática, prontamente detestável que atinge uma grande parcela da população em geral de fácil tratamento, costumado geral complicações letais quando não tratados, entretanto muitos ainda não sabem que a possuem.

A Hipertensão Arterial é a complicação mais frequente/comum na gravidez, ela é herdada dos pais em 90% dos casos, mas há vários factores que influenciam nos níveis de tensão arterial entre eles o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, a obesidade, o stress, o grande consumo de sal, níveis de colesterol altos e ainda a falta de actividade (Martin apud Lowdermilk, Perry, 2006, p.35).

De acordo com (Baracho 2007, p. 12):

“A Hipertensão Arterial é a doença cardiovascular mais comum durante a gravidez e até mesmo durante os anos férteis da mulher. As complicações decorrentes da doença hipertensiva são ao lado da infecção e da hemorragia, a principal causa de morte materna na maioria dos serviços especializados.”

O diagnóstico da Hipertensão na gravidez mantém-se até os dias de hoje como sendo uma das preocupações dos Enfermeiros/Médicos nas consultas pré natais, tendo em vista os valores anormais, sinais e sintomas dos riscos/ consequências na gravidez.

Febrasgo (2007, p. 211), realça que:

O diagnóstico de hipertensão é feito apenas quando a tensão arterial ultrapassa um limite predefinido. Muitas gestações desenvolvem-se normalmente, apesar da tensão arterial elevada. Isso indica que são mantidos fluxos sanguíneos uteroplacentários adequados para os órgãos maternos. Certo grau de hipertensão pode ser benéfico, uma vez que mantém pressões de perfusão na presença de resistência vascular elevada.

“A sua incidência é maior na raça negra, aumentando com a idade, sendo maior no homem com 50 ou mais anos, na mulher acima dos 50 anos e os diabéticos, (Martin, Spinella, Lamas, 2007).”

Muitos autores defendem que a maior parte das manifestações durante a gravidez é devido a Hipertensão podendo constatar segundo os dois autores Oliveira e Neme (2001, p.11) que “A doença Hipertensiva da gravidez constitui-se uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal por apresentar alto risco de morbilidade e mortalidade para o binómio mãe-filho”.

Embora há autores que defendem que as patologias mais frequentes durante a gravidez sejam as infecciosas e a diabetes gestacional, na perspectiva de Neme (2005, p.11):

[...] Entre todas as patologias que se manifestam ou se agravam no decorrer da gravidez, a Hipertensão é a mais frequente e aquela que acompanha a maior taxa de morbimortalidade materna e perinatal. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a Hipertensão na gravidez, é uma das principais causas de mortalidade, com cerca de 30% do total das mortes maternas, ao lado dos quadros hemorrágicos e infecciosos, (Cerratti, Brasil Ministério da Saúde, 1993, p. 12).

Logo para prevenir ou diminuir essa taxa, as mulheres devem desde de cedo, procurar o serviço de saúde reprodutiva, de forma que os Enfermeiros/Médicos têm a oportunidade de diagnosticar e/ou controlar qualquer anormalidade da mulher, seja ela gestante ou não.

Braunwald, (2002) relata que:

[...] Na gravidez, o débito cardíaco aumenta 40%, a maior parte devido a um aumento do volume sistólica. A frequência cardíaca aumenta cerca de 10 batimentos por minuto durante o terceiro trimestre. No segundo trimestre, a resistência vascular sistêmica diminui e isto acarreta de 140/90 mmHg é considerada anormalmente elevada e está associada a um aumento acentuado da morbidade e da mortalidade perinatais. Em todas as mulheres grávidas, deve-se medir a tensão arterial na posição sentada, porque em muitas delas a posição em decúbito lateral está a uma tensão arterial mais baixa que a registada na posição sentada. O diagnóstico de hipertensão arterial requer a medição de dois valores elevados com um intervalo mínimo de 6 horas.

1.3. Classificação de Síndrome Hipertensivo Na Gravidez

A maioria das gestações transcorre sem intercorrências, caracterizando-se como um período de rigidez da mãe e do conceito. Freitas (2006, p. 251) uma boa parte das gestantes podem apresentar complicações de elevado risco de morbidade e mortalidade materna e fetal, como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG).

As Síndromes hipertensivas são complicações frequentes na gestação e estão presentes em até dos atendimentos de emergência e urgência hipertensiva.

Amed (2000, p.200), defende que a classificação mais utilizada para os estados hipertensivos na gravidez é uma modificação pelo National High Blood Pressure Education Working Group é a seguinte:

- Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG);
- Hipertensão Crónica;
- Hipertensão Crónica com Pré- Eclâmpsia Sobreposta;
- Hipertensão transitória ou Gravítica;

1.3.1. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG);

A DHEG, conforme afirma Rezende (2005, p.209), pode apresentar evolução distinta: Pré-eclâmpsia – quando aparece apenas hipertensão, edema e/ou proteinúria. Eclâmpsia é o aparecimento de convulsão em uma paciente com pré-eclâmpsia. Pode ocorrer na gravidez, parto ou até 10 dias de puerpério.”

Segundo Nettina, (2003, p. 25) a DHEG:

Se manifesta no último trimestre de gravidez, começando aproximadamente depois da 20ª semana e desaparecendo 6 semanas após o parto. Ela apresenta sinais clínicos característicos que evidenciam o aparecimento da doença, estes sinais dividem-se conforme a gravidade em três tipos distintos que são a hipertensão sem proteinúria e/ou edema, pré-eclâmpsia com a tríade instalada (hipertensão, proteinúria e edema) e classificada como leve ou grave, e a eclâmpsia.

1.3.1.1. Pré – Eclâmpsia

Citando Neme (2000, p.221) a pré - eclâmpsia define-se:

Quando existe Hipertensão com valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg, associado a proteinúria e ao edema que não cede com repouso e apresenta início súbito ou ainda quando há um ganho de 500g ou mais por semana, sendo valores referido da pré - eclâmpsia leve... enquanto a pré - eclâmpsia grave a tensão arterial é tida com valor maior ou igual a 160/110 mmHg ou com qualquer outro sinal como cefaleia, alterações visuais, vômitos e dor abdominal (normalmente acima do umbigo), falta de ar, (dispneia), dor pélvica, sangramento vaginal, hematúria, confusão mental, anemia hemolítica, edema pulmonar, cianose e proteinúria de 3g ou mais nas 24 horas.

Enquanto que para Schrier (1983, p. 8), por palavras simples e conciso, caracteriza a pré – eclâmpsia por “Hipertensão, proteinúria, edema e as vezes anormalidades na coagulação, ocorrendo no final da gestação. A hipertensão de terceiro

semestre é defendida como uma pressão sanguínea de 140/85 mmHg ou maior, mantidas por quatro ou seis horas.”

No que concerne a Rezende e Montenegro, (1996, p.18):

A pré - eclâmpsia é uma doença multissistêmica peculiar á gravidez humana e caracterizada por manifestações clínicas e laboratoriais resultantes de um aumento dos níveis pressórico em uma gestante previamente normotensa, á partir da segunda metade da gestação, onde se manifesta a hipertensão, o edema e a proteinúria.

Entretanto Borzychowski (2006, p.309) define a pré-eclâmpsia como sendo uma doença sistêmica caracterizada por intensa resposta inflamatória, lesão endotelial, agregação plaquetária, activação do sistema de coagulação e aumento da resistência vascular generalizada.

O que pode-se constatar frente as definições desses autores é que, uma complementa a outra, chegando a conclusão que esses factores que levem a gestante a pré - eclâmpsia podem ser reversíveis, isto é, com a conduta adequada, a vigilância e a atenção total dos profissionais de saúde, essa situação pode ser controlada e tratada de forma a diminuir complicações mais graves e irreversíveis.

Em relação aos tipos de pré-eclâmpsia, para os seus diagnósticos deve-se ter em conta os seguintes critérios:

Na pré-eclâmpsia leve: Apresentando valores de TA de 140/90 mmHg ou maior, após 20 semanas de gestação; proteinúria com um valor acima que 300g em uma amostra de 24 horas; e Edema que frequentemente acompanha a Pré - eclâmpsia, entretanto o edema deve ser generalizado para um diagnóstico eficiente. Porém, existem casos de mulheres com pré-eclâmpsia leve que não apresentam sintomas, (Banknowsk 2006, p.10).

Na pré – eclâmpsia Grave: Apresentando TA em repouso no leito de 160 mmHg de sistólica ou 110 mmHg de diastólica; proteinúria maior que 5g em uma amostra de urina em 24 horas, oligúria indicada por um débito menor que 400ml ou pela

creatinina sérica maior que 1,2 mg/dl além dos seguintes sintomas: - cefaleia, alterações visuais e cerebrais, náuseas, vômito, falta de ar, (*Ibidem*).

No que diz respeito aos Critérios Diagnósticos da Pré - eclâmpsia, segundo Sasse (2005, p.234) pode-se ter em conta:

- Cefaleia Associada á hipertensão;
- Convulsões;
- Creatinina plasmática acima de 1,0 mg/dl;
- Distúrbios visuais associados à hipertensão arterial;
- Dor epigástrica ou em hipocôndrio direito;
- Edema pulmonar;
- Elevação de bilirrubina;
- Elevação de enzimas hepáticas (TGO e TGP);
- Oligúria (volume urinário inferior a 600mL em 24 horas);
- PA diastólica igual ou maior que 110 mmHg;
- Proteinúria superior a 1,0 g/24 horas (++ ou mais em fita);
- Sinais de restrição do crescimento fetal;

Para Mathias e Maia filho (1997, p.110) “a incidência da pré-eclâmpsia na população geral são de 5-10% e de 22% para os filhos e 38% para as irmãs de mulheres com pré-eclâmpsia (PE) ”.

A causa exacta da pré-eclâmpsia ainda não foi identificada, sendo uma enfermidade peculiar á espécie humana. Existem teorias e factores que têm sido sugeridos para explicar sua etiologia incluindo anormalidades na coagulação, factores diabéticos, metabolismo prostaglandinas anormal, aspectos imunológicos, genéticos e falha na placenta, são as teorias actualmente aceites, (Rezende 1996, p.10).

Pascal (2002, p. 256) refere que:

O surgimento de formas graves da pré - eclâmpsia é dividido em: eclâmpsia quando surgem as convulsões tónico – clónicas generalizadas e/ou coma, em gestante na ausência de doenças neurológicas que a justifiquem. A outra

forma severa do pré – eclâmpsia é a Síndrome de HELLP, que foi relatada pela primeira vez na década de 50.

1.3.1.2. Eclâmpsia

De acordo com Rezende e Montenegro (2005, p.5) a Eclâmpsia é definida como “ a presença de convulsões em mulheres com Pré – Eclâmpsia” podendo ser seguida de coma ou não.”

E de uma forma mais complexa, Kahhale (1995) define a Eclâmpsia como sendo o desenvolvimento de convulsões generalizadas, sem causas neurológicas, anestésicas, farmacológicas ou por complicações metabólicas, em gestantes com sinais e sintomas da pré – eclâmpsia.

Ainda complementa o autor que é uma das mais graves complicações do ciclo gravítico puerperal e uma das principais causas de mortalidade materna.

Kahhale (2000), relata que “ (...) Cerca de 5% das mulheres com pré-eclâmpsia desenvolvem eclâmpsia; destas, aproximadamente 15% morrem de eclâmpsia ou de suas complicações. A mortalidade fetal é alta por causa da incidência aumentada de parto prematuro”.

Quadro clínico

- Em geral a Eclâmpsia é precedida por cefaleia, alterações visuais, agitação psicomotora e hiper – reflexiva podendo estar associada a outras queixas como dor epigástrica, náuseas e vômitos (síndrome de Hellp);
- A frequência respiratória após a convulsão eclâmpsia fica aumentada podendo chegar a 50 ou mais movimentos por minuto e é secundária a hipercapnia da acidemia láctica e aos graus de hipoxemia;

- A presença de cianose e febre de 39°C ou mais são sinais de mau prognóstico, pois frequentemente se relacionam a hemorragia do sistema nervoso central;
- Após a ocorrência da convulsão nas formas anteparto não é incomum observar início de trabalho de parto e nas formas intraparto pode haver evolução rápida do trabalho de parto:
- Secundaria a acidemia e hipoxemia materna a frequência cardíaca fetal pode sofrer diferentes alterações entre elas a bradicardia fetal que muitas vezes reverte-se dentro de 3 a 5 minutos após a convulsão;
- A sua persistência bem como a presença de hiperactividade uterina e/ou sangramento deve sinalizar para o diagnostico de deslocamento prematuro de placenta. (DPP);

A seguir segue-se as complicações e as condutas tomadas frente á uma situação de eclâmpsia, segundo Perry (2006):

Complicações	Conduta
<ul style="list-style-type: none"> • Edema pulmonar; • Hemorragia cerebral que pode levar a morte súbita, sendo a complicação mais incidente em mulheres com hipertensão arterial crónica e pré - eclâmpsia suprepota. • Amourose (cegueira) pode ser uma complicação tanto da eclâmpsia grave, e é secundária a deslocamento de retina de deferentes graus, isquemia ou ainda enfarto do lobo occipital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente tranquilo e o mais silencioso possível; • Manter vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração e observar decúbito elevado em torno de 30° com a cabeça lateralizada para facilitar a remoção das secreções nasofaríngeas; • Oxigenação com a instalação de cateter nasal ou mascara com oxigénio húmido (5 litros/minuto); • Colocar cânula de gedel com

	<p>objectivo de evitar o trauma na língua, forçar sua introdução para não desencadear estímulo, reflexo e vômitos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sondagemvesical de demora para monitorização da diurese; • Punção venosa em veia calibrosa
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.3.1.3. Síndrome HELLP

A Síndrome de HELLP foi descrita inicialmente por Pritchard em 1954, e posteriormente por Louis Weintein em 1982, quem a denominou de HELLP. A Síndrome de HELLP é considerada uma variante do Pré- Eclâmpsia grave caracterizada por Hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia (Haram K, 2009).

A Síndrome Hellp é uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas) que ocorre com o agravamento do quadro de pré-eclâmpsia, diminuição do número de plaquetas (células que auxiliam na coagulação) circulantes (Corlera e Kalil, 2006, p. 1).

Castro (2004, p.350) mostrou que o diagnóstico precoce permite o tratamento específico em tempo hábil, reduzindo a morbimortalidade e alterando o curso natural da doença;

Evidenciando o acompanhamento dos profissionais esta patologia pode ser detectada precocemente, através da sintomatologia e dos exames laboratoriais. Assim sendo durante as consultas de pré – natal os profissionais de saúde envolvidos devem estar em alerta para qualquer anormalidade durante a gestação.

“ ... os profissionais que realizam acompanhamento pré-natal devem estar atentos à sintomatologia para que não haja demora no diagnóstico e prejuízo para mãe e ou para o feto; porque o tratamento é específico para cada

situação e exige estreita relação interdisciplinar entre os profissionais envolvidos, (Oliveira 2005, p.214).

Katz (2007, p.351B.JB.J) informa que:

O tempo médio entre o diagnóstico e a alta ou óbito era de 10,3 dias. Caracterizou a Síndrome HELLP como uma doença grave, de elevada morbimortalidade; que os cuidados intensivos e procedimentos especiais aumentam o período de internação e custos Hospitalares.

Em relação ao tratamento segundo alguns autores é baseado na gravidade da doença, como pode-se observar no relato de Ricci, (2008, p.54):

[...] O tratamento da síndrome de HELLP baseia-se na gravidade da doença, idade gestacional do feto e na condição da mãe e do feto. O tratamento inclui sulfato de magnésio, antihipertensivo e correção das coagulopatias da paciente que acompanham a síndrome de HELLP. O sulfato de magnésio é usado profilaticamente a fim de evitar convulsões. Anti hipertensivos como hidralazina ou labetalol são administrados para controlar a tensão arterial. O parto pode ser postergado até 96 h, o que possibilita a administração de dexametasona a fim de estimular o amadurecimento pulmonar fetal no feto pré-termo.”

Diagnóstico

Os sinais e sintomas envolvidos na Síndrome de Hellp são extremamente variáveis e confundem – se com aqueles da pré – eclâmpsia grave: cefaleia, distúrbios visuais, mal – estar generalizada, entre outros. A dor epigástrica ou no quadrante superior é o sintoma de mais relevância para sugerir a existência da síndrome, (Weinstein, 1982, p. 142 á 159).

Piato (2004, p.65) também partilha da mesma ideia de Weinstein, “...que a abordagem terapêutica da Síndrome de Hellp é constantemente diagnosticada erroneamente por outras patologias ligadas ou não com a gestação e a hipertensão.”

Ainda o mesmo autor refere que os aspectos clínicos são confundidos com:

cardiomiopatia, aneurisma dissecante de aorta, intoxicação aguda por cocaína, hipertensão essencial, doença renal, fígado gorduroso agudo, doença da vesícula biliar.

É necessário avaliar o estado geral, confirmar o diagnóstica laboratorial, fazer o diagnóstico diferencial, estabilizar as condições vitais, particularmente as anormalidades do sistema de coagulação, além de combater a hipertensão arterial e realizar a profilaxia, (Brasil, Ministério de Saúde, 2010).

Para Angonesi, os exames gerais são: hemograma completo com plaquetas, urinálise, creatinina sérica, desidrogenase láctica (DHL), ácido úrico, bilirrubina e transaminases, (2007, p. 67).

Essa síndrome consta de dois diferentes tipos de quadro clínico, mencionados a seguir no quadro (Perry, 2006):

<u>Quadro Inicial</u>	<u>Quadro avançado</u>
Mais comum em utentes brancas múltiparas;	Alterações de comportamento; Hipoglicemia;
Mal-estar geral;	Possibilidade de eclâmpsia; Esteatose hepática aguda;
Náuseas e vômitos;	Gengivorragia; Síndrome hemolítica Urémica; Hepatite;
Dor epigástrica e/ou dor no quadrante superior direito;	Hematúria e/ou oligúria;
Icterícia subclínica;	Icterícia; Lúpus eritematoso sistémico; Puérpera trombocitopénica idiopática;
Cefaleia resistente aos analgésicos;	Distúrbios visuais; Gastroenterite; Apendicite;
Hipertensão arterial;	Hemorragia vítrea; Encefalopatia; Doenças biliares;

Parafraseando Nunes (2005, p. 53), “O manuseamento da gestante com Síndrome Hellp não é tarefa fácil e ainda representa grande desafio para os profissionais

de saúde em todo o mundo. Como, invariavelmente, há uma rápida e progressiva deterioração do quadro materno – fetal, todas as utentes com suspeita de Síndrome de HELLP devem ser hospitalizadas.”

O mesmo autor defende que esta conduta somente deverá ser tomada em hospitais de nível terciário com equipa experientes em condução de gestações de alto risco (*ibidem*):

- Premissas básicas;
- A conduta básica nas utentes com SH visa evitar a morte materna e consiste na interrupção da gestação, após avaliação e corrigida a plaquetopenia e o deficit em factores de coagulação, ambos responsáveis pelo obituário materno;
- Todas as utentes com suspeita de HELLP devem ter uma avaliação hepática por ultra sonografia ou tomografia computadorizada com objectivo de excluir a presença de um hematoma hepático;
- Havendo hematoma, o parto vaginal contra indicada e uma cesárea devera ser realizado em um hospital com condições de transfusão de sangue e derivados bem como de cirurgia de fígado;
- Eventualmente em gestação com prematuridade extrema e condições maternas estáveis, o parto poderá ser postergado por alguns dias;

1.3.2. A Hipertensão Arterial Crónica

Para Schier, (1983, p. 9) a Hipertensão Crónica “(...) é evidenciada de doença arteriolar, tendo conhecimento de que a hipertensão estava presente antes da concepção ou teve inicio muito cedo na gestação, essas peculiaridades são úteis para o diagnóstico.”

Conforme Pascal (2000, p.40), “(...) a Hipertensão crónica se refere a presença de hipertensão antes da gravidez ou da vigésima semana de gestação. Hipertensão

diagnosticada em qualquer fase da gravidez, mas persiste além de seis semanas após o parto.

Para complementar, Sass (2005, p. 41) afirma que “a hipertensão crônica traz consigo várias complicações maternas e perinatais, incluindo a sobreposição da pré – eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, prematuridade, descolamento da placenta e morte fetal. Além do risco de morte materna.”

1.3.3. Hipertensão Crônica com pré – eclâmpsia sobreposta

Pascal (2002, p. 41), refere que “(...) a pré – eclâmpsia pode ocorrer em mulheres com hipertensão preexistente e em tais casos, o prognóstico para a mãe e o feto é pior do que qualquer uma das condições isoladamente.”

Ainda o autor Pascal afirma que o diagnóstico é feito quando há aumento da pressão arterial (30 mmHg sistólica ou 15 mmHg diastólica) acompanhado de proteinúria ou edema, após a vigésima semana de gestação.

Este tipo de hipertensão representa uma emergência clínica e possui desenvolvimento rápido, assegurando Schrier (1983, p. 9),” (...) a hipertensão crônica com pré pré - eclâmpsia sobreposta ocorre em mulheres com hipertensão crônica podendo desenvolver uma fase acelerada de sua doença no final da gravidez, muitas vezes vindo acompanhada de oligúria ou evidência de coagulação intravascular generalizada.”

1.3.4. Hipertensão transitória

A hipertensão transitória pode ser considerada tardia ou gestacional como demonstra (Ferrazi S. 1999, p.41),

Hipertensão tardia ou transitória ou hipertensão gestacional, é definida como desenvolvimento de elevados de pressão ocorrendo anteparto, em trabalho de parto ou nas primeiras 24 horas, sem outros sinais de pré – pré - eclâmpsia ou hipertensão pré – existente. A pressão arterial normal deve voltar ao normal dentro de dez dias após o parto.

1.4. Etiologia e Sintomas da Hipertensão na Gravidez

A Hipertensão Arterial é considerada uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no utente. Quando estes ocorrem, são vagos e comuns a outras doenças, tais como cefaleia, tonturas, cansaço, enjoos, falta de ar.

Perçaroli, (2007, p.14) refere que:

[...] A hipertensão gestacional e os seus quadros de agravamento têm sido alvo de estudo etiopatogénico, encontrando-se ainda por definir com segurança marcador específico, já que o fenómeno tem início precocemente, logo após a invasão trofoblástica, tem etiologia multifactorial, surgindo os sinais e sintomas já numa fase de instalação avançada do quadro fitopatológico. Está associada à morbimortalidade fetal também significativa, devendo destacar-se a restrição de crescimento intra-uterino, como complicação resultante da doença no feto. Embora a causa seja multifactorial, pode ser considerada uma síndrome em que é comum a Isquemia placentar e disfunção endotelial.

A tensão arterial aparece devido muitas causas, sendo a principal, ao factor genético, passado de geração em geração.

Krieger e Irrigoyen (1999, p.14), em relação às causas e sintomas:

Estima-se que 30-40% da variação da tensão arterial em uma população sejam devido a factores genéticos e permite-se identificar que defeitos nesses factores (mutações genéticas) perturbariam a fisiologia normal, contribuindo para desenvolvimento da Hipertensão Arterial. A característica multifactorial e a heterogeneidade etiológica representam os maiores obstáculos para a identificação das alterações específicas.

A Hipertensão também pode estar relacionada com inúmeros factores fisiológicas, ambientais e alimentícios, defendendo Sírío (2007, p. 16) que “a etiologia passa por factores genéticos e ambientais, dentre estes a nutrição humana. Já é fato cientificamente comprovado que dietas ricas em sódio, aliadas ao baixo consumo de

potássio, desencadeiam a Hipertensão Arterial em indivíduos geneticamente predispostos.

Mas Smelzer e Bare (2005, p.15) relatam que a Hipertensão pode ter uma ou mais das seguintes causas:

- Actividade aumentada do sistema nervoso simpático relacionado com a disfunção do sistema nervoso autónomo, devido a concentrações aumentadas de noradrenalina ou alguma alteração da resposta reflexa do barocceptores;
- Reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água relacionada com uma variação genética na maneira pela qual os rins manuseiam o sódio ou libertação de factores que aumentam a tensão arterial como renina ou de factores depressores da tensão arterial como prostaglandinas;
- Actividade aumentada do sistema-renina- angiotensina- aldosterona, resultando em expansão do volume do liquido extra celular e existência vascular sistémica aumentada;
- Vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada com a disfunção do endotélio vascular, este pode estar envolvida na conversão da angiotensina- 1 em angiotensina- 2, produção de factores relaxantes controlo hormonal e neurogénico do tónus vascular e libertação de vasoconstritores como a endotelina;
- Resistência a acção da insulina que pode ser factor comum ligado a hipertensão, diabetes Mellitus do tipo 2, hipertriglicemia, obesidade e intolerância a glicose;
- Adaptação cardiovascular relacionada a sobrecarga do sistema cardiovascular causada pelo aumento da tensão arterial e por alterações estruturais como o estreitamento do lúmen das artérias, aumento da parede arterial, aumento da resistência ao fluxo e a resposta aos estímulos vasoconstritores;

Na perspectiva Guyton (2001, p.14):

[...] Durante a gravidez, muitas utentes apresentam hipertensão, uma das manifestações da síndrome denominada toxemia da gravidez. Acredita-se que a principal anormalidade patológica responsável por esta hipertensão seja o espessamento das membranas glomerulares (talvez causado por processo auto-imune), que reduz a taxa de filtração de líquido do glomérulo para os túbulos renais. Por razões óbvias, o nível de tensão arterial a longo prazo torna-se correspondentemente elevado. Estas utentes mostram-se particularmente sujeitas ao desenvolvimento de hipertensão quando ingerem grandes quantidades de sal.

A hipertensão na gravidez é uma complicação que gera morte tanto fetal como materno, porque na maioria das vezes os sintomas não aparecem ou quando aparecem são descobertos de forma tardia seja por descuido das gestantes ou profissionais de saúde, o que complica na hora do tratamento.

Mas, tem-se constatado que, com o avanço da tecnologia há adesão de mais conhecimentos sobre o tema o que ajuda na compreensão dos mecanismos que desencadeiam esta patologia durante a gestação, contribuindo assim na sua prevenção e/ou diminuição, para uma melhoria nas qualidades dos cuidados prestados às gestantes.

1.5. Complicações das Síndromes hipertensivas

É nesse período que aparecem os distúrbios hipertensivos, e pela sua complexidade são consideradas de maior relevância, afectando tanto a mãe como o feto, aumentando assim o risco de mortalidade e morbilidade. As complicações/riscos que mais se destacam: o Descolamento de Placenta Normalmente Inserida (DPNI), Crescimento Intra- Uterina Restrito (CIUR), entre outros.

1.5.1. Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida

O descolamento prematuro de placenta é a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, em gestação com 22 ou mais semanas (Ministério da saúde de Brasil 2000, p.137).

Tal ocorrência está associada ao uso de drogas ilícitas, hipertensão arterial, anemia, desnutrição, factores mecânicos (traumatismos, brevidade do cordão, torção do útero gravítico etc.), factores placentária (placenta circunvalada, enfarto).

1.5.1.1. Factores de risco DPPNI

Segundo o Protocolo Instituto de Perinatologia da Bahia – Iperba (2004, p.2), os factores de risco se classificam em:

- **Não traumáticos:** Hipertensão arterial (75%), baixa condição socioeconómica, multiparidade, idade materna avançada, DPP em gestação prévia, cesárea prévia, CIUR, corioamnionite, gemelaridade, diabetes mellitus, rotura prematura de membranas, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, coagulopatias.
- **Trauma Externo** (acidentes automobilísticos, trauma mecânico);
- **Trauma Interno** (brevidade de cordão, escoamento rápido do polidrâmnio, movimentos fetais excessivos, retracção uterina após nascimento do primeiro gemelar).

1.5.1.2. Diagnostico Clínico de Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida.

No que concerne ao Diagnóstico clínico – Classificação de Sher segundo o protocolo do Instituto de perinatologia da Bahia – Iperba (2004, p.5) pode ser:

GRAU 1 (LEVE) – mínimo ou nenhum sangramento, não existe comprometimento fetal e nem materno. O diagnóstico é geralmente retrospectivo, com a observação do hematoma retro placentária no estudo da placenta ou durante a gravidez como achado casual em avaliação ultrassonográfica.

GRAU 2 (MODERADO) – diagnóstico baseado em sinais clássicos de DPP:

- Sangramento genital (presente em 80% dos casos, sangue escuro);
- Dor abdominal súbita e intensa;
- Hipertonia Uterina, útero doloroso à palpação;
- Ausculta fetal difícil ou ausente;
- Aumento progressivo do volume uterino (hemorragia oculta);
- Bolsa das águas tensa;
- Aumento da tensão arterial ou hipotensão secundário ao choque hipovolêmico;

GRAU 3 (GRAVE) – sinais clássicos do DPP associados ao óbito fetal:

- 3A sem coagulopatias;
- 3B com coagulopatias;

1.5.2. Crescimento Intra – Uterina Restrito

Ipanema e Icarai (2010, p. 127) definem o crescimento Intra- uterino restrito (CIUR) como sendo:

Aquele que ao nascimento apresenta peso inferior ao 10º percentil para a idade gestacional. Esta definição clássica de CIUR leva em consideração apenas o peso do recém-nascido (RN), não valorizando o potencial intrínseco de crescimento de cada conceito, assim como evidentes diferenças raciais existentes, sendo portanto uma definição bastante crítica visto que muitos fetos rotulados como pequenos para a idade gestacional, na realidade não o são, pois podem ser pequenos, porém de crescimento adequado (constitucional).”

1.5.2.1. Classificação de CIUR:

Didacticamente e de forma simplificada, dependendo do factor etiológico determinante, da sua intensidade e época do seu aparecimento, podem dividir o CIUR em precoce e tardio, (Baschatetal.2007, p.127).

1.5.2.2. CIUR precoce (2º trimestre):

Nesta condição, todo o concepto está Hipo desenvolvido, as mensurações sonográficas situam-se abaixo dos limites inferiores da normalidade já no 2º trimestre.

Embora reduzido o crescimento da cabeça fetal, ele é contínuo durante todo o desenvolvimento da gravidez. Na maioria das vezes, a relação abdómen/cabeça é normal, assim como os testes de viabilidade fetal.

As investigações sugerem que quanto mais precoce foi a privação fetal, mais afectado será o seu sistema nervoso central (SNC), e mais simétrico o tipo de CIUR.

São comum entre simétricos os CIUR consequentes às anomalias primárias do desenvolvimento fetal (infecções), ao alcoolismo crónico, exposição a drogas, e tabagismo. As aneuploidias fetais muito embora sejam causas de CIUR precoce, cursam com tipo morfológico assimétrico.

1.5.2.3. CIUR tardio (3º trimestre):

No CIUR tardio (cerca de 2/3 dos casos) o feto apresenta-se alongado e emagrecido, com a cabeça relativamente grande, o cérebro preferencialmente protegido dos efeitos da imaturidade (centralização). O diâmetro biparietal (DBP) cresce normalmente até o início do 3º trimestre quando, subitamente, ocorre crescimento reduzido, ou mesmo paralisação. A relação abdómen/cabeça está diminuída e os testes de viabilidade fetal costumam estar alterados.

Em geral, a causa mais importante do CIUR assimétrico, identificado após 32 semanas, é a insuficiência placentária, secundária a várias patologias. Vigente a insuficiência placentária prolongada e grave (antes de 26 semanas), pode assumir o CIUR forma mista, de difícil classificação fenotípica.

1.6. Factores predisponentes na Hipertensão na Gravidez

Os factores predisponentes para o aparecimento da Hipertensão na gravidez, tem que ser de conhecimento dos profissionais de saúde, de modo que durante as consultas de pré – natais, os profissionais possam anotar alguma anormalidade, com os procedimentos realizados ainda durante o acompanhamento da gestante.

Os factores associados ao aumento de risco para o desenvolvimento de Hipertensão gestacional foram descritos por Freitas, (2005, p.390) tais como:

- Primigestas;
- Estar abaixo dos 15 anos ou acima dos 35 anos de idade;
- Hipertensas crónicas;
- Obesas; Ser diabética com problemas vasculares;
- Sofrer de problemas renais;
- Gestações múltiplas;
- Ser de raça negra;
- História de pré-eclâmpsia ou pré - eclâmpsia em gestações anteriores;
- Ser portadora de lúpus eritematoso;
- Antecedentes familiares (história entre mãe, avó, tia);
- Ser de nível económico baixa;

Falcone (1983, p. 9), descreve que incidência dos factores de risco na gravidez aumenta em, “ (...) primigestas, utentes com histórias familiar de pré – pré - eclâmpsia/pré - eclâmpsia, utentes com pré – pré - eclâmpsia anteriores, gestantes com aumento de massa trofoblástica (gestação múltipla, hidropsina não imune, gestação molar, triploidia fetal).”

Nesta mesma linha Carvalho (2002, p.33) complementa ainda que, para além das primigestas os factores predisponentes para o aparecimento da Hipertensão na Gravidez é maior em, (...) multigestas, mães adolescentes, mães com mais de 4ª anos de idade, mulheres negras, mulheres com história de diabetes, hipertensão crónica, lúpus eritematoso e história de familiares com hipertensão durante a gravidez.”

Outros autores relatam que existem outros factores predisponentes além dos acima referidos, como diz Ziegel, (1985, p. 12), “ (...) as gestantes em condições sócio – económicas menos favorecidas e a má nutrição também constituem como causas do seu aparecimento, levando a crer que existe uma base nutricional para a doença.

1.7. A Enfermagem e o Cuidar

De acordo com Potter e Perry (2006, p.446) “o cuidar é um fenómeno que influencia a forma como pensamos, sentimos e nos comportamos em relação aos outros”, entretanto Collière (1999, p.235) diz que “ cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

Desde de há muitos anos temos vindo a assistir pessoas a cuidar uns dos outros, nomeadamente as mulheres que cuidavam dos filhos e do marido, estando doentes ou saudáveis. O cuidado faz parte da vida do ser humano desde os primórdios da humanidade, com resposta ao atendimento das necessidades do próximo.

O cuidar em enfermagem compreende os comportamentos e atitudes acções que lhe são pertinentes, e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”, (Waldow 2007, p.16).

Silva e Damasceno (2005, p.259): afirmam que:

“... O cuidado de enfermagem é um complexo de acções com vistas ao suprimimento de necessidades circunstanciais das vastas manifestações humanas dos utentes...”, pois cada pessoa responde singularmente a determinado problema. Assim, cuidado seria tudo o que se faz pelo sujeito.

Para Waslow (2006, p. 343), o instrumento para a realização do cuidado de Enfermagem:

É o processo de cuidar, mediante uma acção interactiva entre o Enfermeiro e o utente. Nele as actividades do profissional são desenvolvidas “para” e “com” o utente, ancoradas no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico, criatividade e acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar/cuidado no sentido de promover e/ou manter recuperar a totalidade e a dignidade humana.

Ainda o mesmo autor referencia que cuidar em enfermagem:

Consiste em evidenciar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência. É ainda ajudar outra pessoa a obter auto conhecimento, controle e auto cura, quando então, um sentido de harmonia interna restaurada, independentemente de circunstancias externas. (Waslow, 1998, p. 267).

Deste modo prestar cuidado no seu todo, ou seja de forma holística é uma virtude que abrange muitos valores identificados dentro da profissão de Enfermagem. Pois o enfermeiro tem um papel primordial e essencial no cuidar da pessoa, esteja ela, doente ou não, pois enquanto prestadores de saúde, têm de transmitir confiança, de modo a promover o bem-estar e a melhoria dos cuidados prestados.

Como demonstra Henson, que na relação do cuidar ambos os lados (... enfermeiro e utente) tenham que ter uma relação de:

Respeito ao outro, é preciso considerar o conceito de mutualidade como meio-termo ou equilíbrio entre duas posições extremas: paternalismo e a autonomia. O primeiro centralizado na provedoria e o segundo assentado extremamente no utente. Os atributos da mutualidade caracterizam se por sentimento de intimidade, conexão e compreensão, com objectivo de satisfação de ambos os intervenientes. (Henson 1997, p. 267).

Para Aristóteles (1997, p.70), “O cuidado de enfermagem promove e restaura o bem-estar físico, psíquico e o social e amplia as possibilidades de viver e prosperar, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento factíveis para a pessoa.”

Nessa perspectiva o cuidar de enfermagem revela na prática um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo da ação.

Ao inserir o cuidado de enfermagem no âmbito ético, entendemos o significado da formação do Enfermeiro, que a formação humanística contrapõe-se à mera operacionalidade e dá sentido existencial a palavra cuida, Figueiredo, (1995, p. 139). “ (...) O cultivo das humanidades contribui para o hábito do pensamento crítico, sem o qual o cuidado de enfermagem não pode sustentar-se como premissa de apoio a vida humana associada.”

1.8. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GRÁVIDA HIPERTENSA

Henderson (1966), definiu a enfermagem em termos funcionais “ (...) a única função da enfermeira é a de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível.” (Tomey, 2002, p. 114).

Ela valoriza a componente empática dos cuidados de enfermagem, sustentando que para conhecer as necessidades do doente a enfermeira necessita de se pôr no lugar do doente, como que se vestisse a sua pele. Isto é, colocar a empatia acima de tudo, de modo a compreender o outro, nas suas vertentes em que se encontram, oferecendo assim a assistência individualizada que ele tanto procura, respeitando sempre os seus valores, as suas crenças e a sua cultura.

Enquanto que para Nightingale, (1969, p.3043) a arte da enfermagem consistia em cuidar tanto dos seres humanos sadios como dos doentes, entendendo como ações interligadas da enfermagem, a tríade cuidar – educar - pesquisar. Significava “emprego apropriado de ar puro, luz, calor, limpeza, quietude e a adequada escolha e administração da dieta – tudo com o mínimo gasto da força vital do paciente”.² O que posteriormente as teoristas de enfermagem entenderam como a Teoria de Ambientalista

de Florence Nightingale é focado no cuidado de enfermagem ao ser humano em sua inter-relação fundamental com o meio ambiente.

Para Heidegger, o dia-a-dia, os profissionais de enfermagem têm que utilizar:

A ciência, a arte, a estética e a ética no processo de promoção, manutenção e recuperação da saúde, por meio de ações de cuidado destinadas a ajudar as pessoas a viverem mais saudáveis e, quando preciso, a superarem os efeitos da doença como um fenómeno social, existencial, cultural e transitório. O cuidado pensado autenticamente como existencial, essencial do ser humano, diz respeito a zelo, desvelo, atenção, bom trato e solicitude, constituindo-se, dessa forma, um fundante por meio do qual a pessoa sai de si para se centrar na preocupação com o outro. Para o autor, o cuidado é o carácter existencial mais próprio do ser humano (Heidegger, 2001, p. 123).

“A Hipertensão Arterial na gestante, quando detectada, exige dos profissionais de saúde uma melhor preparação e ações preventivas, levando para o campo prático e teórico uma assistência para o binómio materno – fetal voltado para a importância da prevenção. Sendo assim a enfermagem tem como objectivo promover reflexões das gestantes sobre o risco da hipertensão gestacional, (Brasil, 2005, p. 10).”

Logo, é de se dizer que o profissional de saúde é um componente essencial, estando preparado adequadamente, já que ele vai estar em constante relação com o utente prestando-lhe cuidados, ajudando-o no seu processo de adoecimento, angustia e fraqueza.

De acordo com Neme (2000, p.27) os Cuidados de Enfermagem para uma gestante hipertensa são:

- Avaliar de tensão arterial 4 vezes ao dia;
- Repouso no leito, preferencialmente decúbito lateral esquerdo;
- Medida diária de peso
- Avaliação diária da proteinúria
- Controle da diurese 24 horas
- Orientação para controlo materno diário da movimentação fetal e interrogatório sobre sintomatologia clínica.

Conforme o estado geral da gestante ela será encaminhada á enfermaria ou ao sector de cuidados semi-intensivos/ intensivos. Os cuidados descritos a seguir de maneira generalizada deverão ser individualizados e adequados a realidade que se apresenta: (*ibidem*).

- Encaminhar a paciente ao leito com grades protectoras, fontes de oxigénio, vácuo e ar comprimido montados e com material de emergência adequado a mão, apoia-la emocionalmente, esclarece-la das possíveis dúvidas e orienta-la quanto a permanência em decúbito lateral esquerdo (DLE);
- Orientar a gestante e/ou seu acompanhante se for o caso quanto ao funcionamento e rotinas do sector;
- Registar horário de admissão e condições gerais da paciente;
- Observar e registar o nível de consciência e grau de orientação no tempo e espaço;
- Puncionar o acesso venoso periférico, caso indicado, de preferência utilizar um cateter de calibre grosso;
- Instituir o processo de Enfermagem, relacionando exame físico, clinico e gineco-obstetrico, prescrição de enfermagem que será realizada diariamente ou sempre que necessário e descrever a evolução de enfermagem;
- Aguardar aproximadamente 30 minutos e aferir os sinais vitais;
- Preparar e administrar medicações prescritas;
- Verificar a tensão arterial em DLE, conforme a prescrição medica ou de Enfermagem, registar e comunicar as alterações aferidas até a estabilização dos sinais pressorico;
- Alertar para as solicitações de exames, os agendamentos e o preparo para os exames periodizando de urgências;
- Observar, comunicar ao médico e registar a presença de actividade uterina (metros sístoles e/ou hipertonia);
- Observar e registar as perdas vaginais (sangramento, liquido amniótico e outras), em caso de perda de líquido amniótico registar a cor, ardor, presença de grumos ou não e comunicar ao médico obstetra de plantão;

- Manter vigilância constante;
- Observar, comunicar e registrar sinais/sintomas que indiquem crise convulsiva iminente (visão turva, dor epigástrica, confusão mental, escotomas cintilante)

1.9. PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

A prevenção é a melhor forma para diminuir as taxas de mortalidade e morbidade tanto fetal com materna causado pelas Síndromes Hipertensivas e as suas complicações. Porém deve ser um trabalho em conjunto tanto das gestantes como pelos profissionais de saúde que devem estar atentos aos sinais e sintomas que vão sendo evidenciadas pelas gestantes durante as consultas de pré natal.

Revolucionaram o acompanhamento materno pré natal (PN) e vem salvando muitas vidas maternas e fetais, principalmente em países subdesenvolvidos onde as consequências da falta dos cuidados de prevenção são devastadoras, sobretudo pelo déficit de conhecimento dos gestantes relativos aos distúrbios Hipertensivo (Enkin, 2005, p. 10).

O cuidado pré – natal adequado, com uma atenção especial para o aumento de peso e o monitoramento cuidadoso da tensão arterial e de seus sintomas característicos, reduzem a incidência da doença, (Burrow e Ferris 1983, p. 34). Mas antes de mais é de realçar que a prevenção primária é o primeiro passo a dar uma vez que isso irá levar a comportamentos mais saudáveis e informações mais adequadas.

Sendo assim, com um acompanhamento pré-natal e atenção adequada ao parto, consegue-se evitar a maior parte das morbidades e mortalidades que podem vir a comprometer o momento gestacional.

Durante a gravidez muitas mudanças acontecem no corpo da mulher fazendo com que esse período exija cuidados especiais, pois são nove meses de preparo para o nascimento da criança.

É importante que durante a gravidez as futuras mães sejam acompanhadas rigorosamente de acordo com as directrizes do pré – natal.

Entre as directrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a saúde da mulher é destacada como sendo uma das áreas de maior significância para a actuação das várias esferas do governo.

Para Kahhale e Zugaib (1995, p.34) a prevenção deve ser emitida em três momentos:

“Prevenção primária onde se prioriza a ocorrência da doença; prevenção secundária, quando todos os esforços são dirigidos para reverter, cessar ou retardar o aparecimento clínico da pré-eclâmpsia, ainda é considerada prevenção terciária o tratamento da doença instalada, visando evitar sua evolução para as formas mais graves e suas complicações.”

Diversos estudos populacionais evidenciaram a importância do controle da hipertensão arterial para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. O desenvolvimento de modernas tecnologias em relação aos medicamentos pouco tem contribuído para melhorar as taxas de controlo da doença. Estima-se que apenas um terço da população hipertensa tenha sua tensão controlada.

No Brasil, são escassos os dados relativos à real prevalência da Hipertensão Arterial sendo também insignificantes as informações referentes ao grau de tratamento e controle (Pascoal, 2002, p. 43).

1.10. Acompanhamento pela enfermagem obstétrica da gestação de risco

Durante o processo gestacional, algumas mulheres tem maiores chances de apresentar agravos ou complicações de patologias preexistentes. Com o objectivo de diminuir este desfecho é necessário maior monitoramento e controle dos factores de risco perinatais desde do pré - natal. Em alguns casos a internação da gestante é necessária a vigilância diária e instituição de tratamento, (Caldeyro – Barcia. 1973, p. 15).

“A gestação é um fenómeno fisiológico e por isso mesmo, sua evolução se dá maior parte dos casos, sem apresentar variações ou anormalidades. Apesar disso, há uma parcela de gestantes que por terem características específicas por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”-. Por gestação de alto risco entende-se como sendo aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingida por complicações que a média das gestações.”²

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”, (Caldeyro-Barcia, 1973, p. 11).

Enquanto que para Spindola a gestação de alto risco aparece quando: “...ocorre qualquer doença materna ou condição sócio biológica durante o período gestacional, podendo prejudicar a sua boa evolução durante este período (Spindola; Penna; Proganti, 2006, p. 116) ”.

O óbito materno permanece sendo um grave problema de saúde pública em nosso país com as consequências sociais que a morte dessas mulheres ocasiona. Dentre os óbitos analisados as causas obstétricas directas (decorrentes de doenças específicas do ciclo gravítico puerperal), representaram 85.36% dos casos analisados, sendo também a hipertensão arterial a principal causa de morte materna, seguida pela hemorragia puerperal, a infecção e o abortamento, (Spindola, et al. 2006 ps. 208-222).

Vários são os factores predominantes para que ocorra uma gestação de alto risco, entretanto pode-se destacar alguns como: viver em condições ambientais e sociais precárias; fumar, beber; que fiquem grávidas de gémeos; menores de 15 anos e, com mais de 40 anos (Spindola; Penna; Proganti, 2006, p.116).

No que se pode dizer a admissão das gestantes durante o seu internamento, seguindo o autor Perry (2006) são:

² Manual Técnico - Gestação de Alto Risco – Saúde da Mulher – SPS/MS - 2000

- Providenciar o preparo do leito destinado à cliente;
- Receber, acolher e acomodar a cliente na unidade de internação, apresentá-la ao ambiente, favorecendo tranquilidade e segurança;
- Incluir o nome da cliente na folha de informação do sector e no livro de admissão e alta;
- Proceder ao registo da admissão em impresso próprio;
- Orientar a cliente sobre as rotinas do sector durante a internação (visitas da equipe multiprofissional, presença e permanência do acompanhante, horário das refeições, permanência de pertences e valores);
- Averiguar os encaminhamentos necessários para a realização dos exames de urgência e os processos de marcação dos exames para rotinas específicas.
-

Ainda referindo Perry (2006), cabe a enfermeira:

- Avaliar os níveis de complexidade de cuidado estabelecendo as prioridades;
- Instituir a sistematização da assistência de enfermagem - histórico, exame físico e gineco-obstétrico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem - através da avaliação materno-fetais que consiste em:
 - ✓ Identificar sinais e sintomas clínicos, queixas gerais referidas, idade gestacional; peso; hábitos, alergias alimentares e estado nutricional;
 - ✓ Uso de drogas lícitas ou ilícitas; alergia a medicamentos; presença de edema; presença e características das eliminações vesicointestinais; perdas transvaginais; condições de higiene; a altura, actividade e tônus uterino; estática fetal; movimentação fetal e batimentos cardíacos (BCF) com sonar Doppler ou cardiotocógrafo (CTG), se necessário.
- Realizar aprazamento de prescrição médica, carimbar e assinar ao final.

Durante o período de internamento, Perry (2006), afirma que é necessário:

- Avaliar diariamente as condições materno-fetais e a efectividade dos cuidados prestados, promovendo a adequação do planeamento de enfermagem instituído;
- Registar a avaliação realizada no prontuário (folha de evolução) e as condutas adoptadas;
- Realizar a prescrição de enfermagem;
- Atentar para solicitação/realização dos exames diagnósticos, avaliar os resultados e tomar as providências pertinentes, especialmente para os resultados como: triagem sanguínea, VDRL, anti-HIV, hemograma, glicemia e EAS;
- Realizar rotina de aferição e registo de sinais vitais, de acordo com a especificidade de cada gestante;
- Realizar aprazamento de prescrição médica, carimbar e assinar ao final, solicitando junto à farmácia o envio das medicações para as próximas 24h;
- Realizar cardiotocografia das utentes com indicação ou conforme protocolo institucional, periodizando os casos mais graves; emitir laudo de reactividade fetal, assinando e carimbando. Atenção para os registos
- Inconclusivos, não reactivos ou de urgência, que deverão ser registados em prontuário e imediatamente encaminhados ao médico-obstetra de plantão para avaliação;
- Manter cliente informada do seu estado de saúde diariamente (sobre medicações utilizadas e exames realizados e demais demandas);
- Prestar cuidado individualizado e especializado à gestante nas diferentes patologias gineco-obstétrico e clínicas, de acordo com a descrição específica à seguir;
- Solicitar avaliação e/ou encaminhamento para outros serviços de saúde (serviço social, saúde mental, terapia ocupacional, fisioterapia e odontologia) sempre que houver necessidade;
- Providenciar o encaminhamento de exames laboratoriais, CTG e de imagens: imediatamente nos casos de urgência e, em casos de rotina, realizar marcação do exame de acordo com rotina do serviço.

Transferência para o Centro Obstétrico

Na perspectiva de Freitas (2005, p. 390), os procedimentos adequados são os seguintes:

- Orientar a cliente sobre o procedimento que será realizado no centro obstétrico;
- Contactar a enfermeira do sector de destino da cliente, fornecendo dados e condições gerais da paciente;
- Encaminhar a cliente ao banho de aspersão, orientando-a quanto à retirada de roupa íntima, adornos, próteses, esmalte colorido das unhas, maquilhagem e ao uso somente de camisola da Unidade e chinelos, excepto nos casos de urgência;
- Identificar todos os pertences da cliente e providenciar sua arrecadação/transferência;
- Realizar e registar a avaliação de enfermagem contendo sinais vitais e horário de sua transferência para o centro obstétrico;
- Providenciar o encaminhamento da cliente, de acordo com as suas condições físicas e emocionais (cadeira de rodas, maca ou deambulando), ao centro obstétrico, com seu respectivo prontuário e acompanhada por profissional de enfermagem;
- Registar no livro de admissão e alta a saída da cliente, com data e hora; Solicitar ao funcionário da companhia de limpeza para que proceda à desinfecção terminal da Unidade desocupada.

Alta

Ainda Freitas, (2005, p.391) os cuidados que deve ter durante a alta são:

- Conferir no prontuário da cliente o registo de alta hospitalar;
- Comunicar sobre a alta à cliente, orientando-a quanto ao retorno ao pré-natal e/ou à unidade hospitalar de emergência obstétrica nos casos de alerta;
- Devolver exames realizados fora da Unidade e cartão pré-natal;
- Conferir e organizar o prontuário da cliente, registando a alta hospitalar (dia, hora, condições e companhia);
- Registar a alta da paciente no livro de admissões e altas;
- Solicitar ao funcionário da companhia de limpeza para que proceda à desinfecção terminal da unidade.

CAPITULO II:

2.METODOLOGIA

2.1-Procedimentos metodológicos

Esta é a fase de apresentar a metodologia de investigação em estudo, para responder à questão de investigação formulada. É nesta fase que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com o objectivo de apresentar as questões metodológicas como o instrumento de recolha de dados, a amostra seleccionada e os procedimentos efectuados para a elaboração do estudo. Após uma reflexão sobre os diferentes métodos existentes e os objectivos para o estudo, optou - se pelo método qualitativo para a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, (Fortin, 2009, p. 310)

Para Fortin (1999, p.17):

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento, é em primeiro lugar um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. É um método particular, rigoroso e leva a aquisição de novos conhecimentos de uma forma ordenada.

Reforçando ainda Fortin (1999, p.40) “a fase metodológica permite o investigador determinar os métodos que ele utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou as hipóteses formuladas”.

Para o desenvolvimento do presente trabalho considera-se que o estudo qualitativo descritivo é a melhor opção porque possibilite o levantamento de dados permitindo compreender os fenómenos e atingir os objectivos. “Uma pesquisa qualitativa, ao valorizar os aspectos descritivos e as percepções pessoais, procura compreender os sujeitos envolvidos e, por seu intermédio, avaliar também o contexto em que vivem, (Boogdan e Biklen, 1994, p.143).

De acordo com (Laville e Dianne 1999, p.43) as pesquisas qualitativas são mais apropriadas para investigar os fenómenos humanos para que tentamos conhecer as motivações, as representações, consideremos os valores; (...), deixe falar o real o seu modo e o escutemos.

“Como a questão de investigação, as hipóteses incluem variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação pois predizem os resultados do estudo, os quais indicam se a hipótese é confirmada ou informada” (Fortin, 1999, p.102).

A metodologia descritiva qualitativa, tem como objectivo “ produzir compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista dos que neles estão envolvidos”, (Jean V. Craig e Rosalind L. Smyth, 2002, p.137).

Complementando Ana Queirós (2007, p.87) “a pesquisa qualitativa é na sua maior parte voltada para a descoberta, a identificação, a descrição aprofundada e a geração de explicação. Buscam o significado e a intencionalidade dos acontecimentos, das relações sociais e das estruturas sociais”.

Ainda, “outra característica da investigação qualitativa é a produção de pesquisa de modo a não corromper o contexto natural dos fenómenos estudados,” (Streubert e Carpenter, 2002, p.19). O investigador como instrumento é outra característica da investigação qualitativa, o que implica a consciência e a aceitação de que faz parte do estudo, (*ibidem*).

2.2. Problematização/Justificativa

O tema do trabalho aborda a área da Saúde Materna e Obstetrícia – Hipertensão na Gravidez, cuja incidência tem vindo a aumentar, situação constatada ao longo dos meus Ensinos Clínicos, sobretudo no Hospital Baptista de Sousa.

Tendo em conta que é um momento aguardado com muito entusiasmo, alegria, entretanto com alguma inexperiência principalmente das Primíparas, torna-se importante que, para além da técnica profissional, a mulher tenha apoio psicológico, emocional e afectivo dos profissionais e da família.

Nesse contexto julga-se pertinente o aprofundamento desse estudo, uma vez que poderá ser uma contribuição para a melhoria na qualidade de vida das Gestantes

Hipertensas e ainda permitirá aos profissionais de saúde um novo olhar acerca do cuidar não só das Gestantes Hipertensas mas também de todos os utentes que procuram os serviços de saúde de uma forma geral.

A incidência da Hipertensão Arterial associada a gravidez tem contribuído significativamente para a elevação da morbilidade tanto maternal quanto fetal.

2.3.Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de Metodologia de cariz Descritiva Qualitativa, com o objectivo de conhecer uma realidade que se pretende contextualizar no Hospital Baptista de Sousa.

Segundo Turato (2005, p.510) “no estudo Qualitativo o objectivo do investigador é a procura de significado para o ser humano, isto é, procurando trabalhar com um universo de vivências, fenómenos, eventos, sentimentos, manifestações, ocorrências que dão forma a vida às pessoas”.

2.4. População/Amostra

Para alcançar os efeitos desejados para este estudo torna-se fundamental uma população, que define-se como um conjunto de elementos, de indivíduos, espécies, processos que tem características em comum, (Fortin, 2009, ps 310 - 311).

As mulheres entrevistadas apresentaram um perfil de uma população predominante jovem, na faixa etária entre 20 a 31 anos de idade. Elas se encontravam internadas na Maternidade do HBS, enquanto decorria as entrevistas.

2.5. Instrumento de colheita de dados

Depois da definição da amostra, determina-se o instrumento de colheita de dados, onde apercebi que a entrevista seria um melhor método.

Para Fortin (2009, p.41):

A colheita de dados efectua-se segundo um plano preestabelecido. Consiste e faz em função dos variáveis de sua operacionalização dependendo igualmente da estratégia de análise estatística consideradas, consiste na colheita sistemática de informações junto dos participantes como ajuda dos instrumentos de medidas escolhidos.

O instrumento utilizado para a produção de dados foi um formulário semi - estruturado com perguntas abertas e fechadas cuja técnica empregada foi a entrevista.

A entrevista, que para Gressler, (2004, p. 164) “...é uma técnica de pesquisa que visa obter informações de interesse a uma investigação, onde o pesquisador formula pergunta orientadas, com um objectivo definido, frente a frente com o respondente e dentro de uma interacção social. ”, que foi realizada na Maternidade do Hospital Baptista de Sousa localizada na cidade do Mindelo a gestantes com Hipertensão Arterial na Gravidez. Foram entrevistadas 10 mulheres que concordaram em participar do estudo.

2.6. Acesso ao campo de estudo

O acesso ao campo de estudo foi possível depois do parecer positivo da Direcção do Hospital Baptista de Sousa, autorizando a realização do estudo.

A obtenção de dados para o trabalho foi na Maternidade do Hospital Baptista de Sousa.

2.7. Caracterização do campo de estudo:

Considera-se o sector de Maternidade uma unidade de internamento composta por 5 enfermarias com um total de 38 leitos e dois quartos particulares com 4 leitos, 1 sala de enfermagem que destina-se ao tratamento clínico das mulheres e armazenamento de medicamentos, 1 sala para recém- nascidos que tenham algum problema de saúde, 2 casas de banhos e 1 copa para refeições.

2.8. Considerações Éticas e Legais

Segundo Fortin (1999, p.115) “a ética no seu sentido mais amplo, como sendo a

ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”. Complementando ainda, refere que “os organismos subvencionários estabelecem igualmente regras de ética a que os investigadores devem submeter aos fundos de uma investigação”.

A pesquisa foi realizada com assento na ética e em termos legais, foram tomadas todas as precauções necessárias, garantindo e respeitando os direitos da instituição e todos que participaram neste estudo.

As Grávidas entrevistadas foram-lhes garantidas o anonimato e esclarecidas sobre a importância da veracidade das informações para a credibilidade da pesquisa. O estudo ainda teve a autorização do comité de ética em pesquisa/levantamento de dados do Hospital Baptista de Sousa e da Universidade do Mindelo, assim como do Orientador do trabalho.

CAPÍTULO III:

3.FASE EMPÍRICA

3.1. Apresentação e análise de resultados

Os resultados da pesquisa estão expostos em dois momentos, o primeiro da caracterização das entrevistadas e o segundo as informações dos relatos das entrevistadas sobre a temática.

3.2. Caracterização da População Demográfica

Nome	Idade	Habilitações literárias	Categoria profissional	Numero de filhos
A	24	Universitária	Marketing	1
B	22	9 °Ano	Empregada Domestica	2
C	29	7°Ano	Empregada Domestica	1
D	20	10 °Ano	Auxiliar de produção	1
E	30	7°Ano	Comerciante	4
F	20	12 °Ano	Empregada Domestica	1
G	31	9°Ano	Empregada Domestica	4

H	21	5ª Classe	Empregada Domestica	2
I	22	7º Ano	Balconista	3
J	27	9º Ano	Empregada Domestica	5

Fonte: Elaboração Própria

As mulheres entrevistadas apresentaram um perfil de uma população predominante jovem, na faixa etária entre 20 a 31 anos de idade.

A maioria das entrevistadas é empregada doméstica e com baixo nível escolar o que dificulta na passagem de informação, ou seja são pessoas com pouco conhecimento.

Elas são de São Vicente e Santo Antão, já que na ilha vizinha não possuem condições Hospitalares necessárias para dar respostas a estes tipos de patologias.

No ano de 2011 á 2013, o total de casos de grávidas diagnosticadas com Pré – Eclâmpsia no Hospital Batista de Sousa

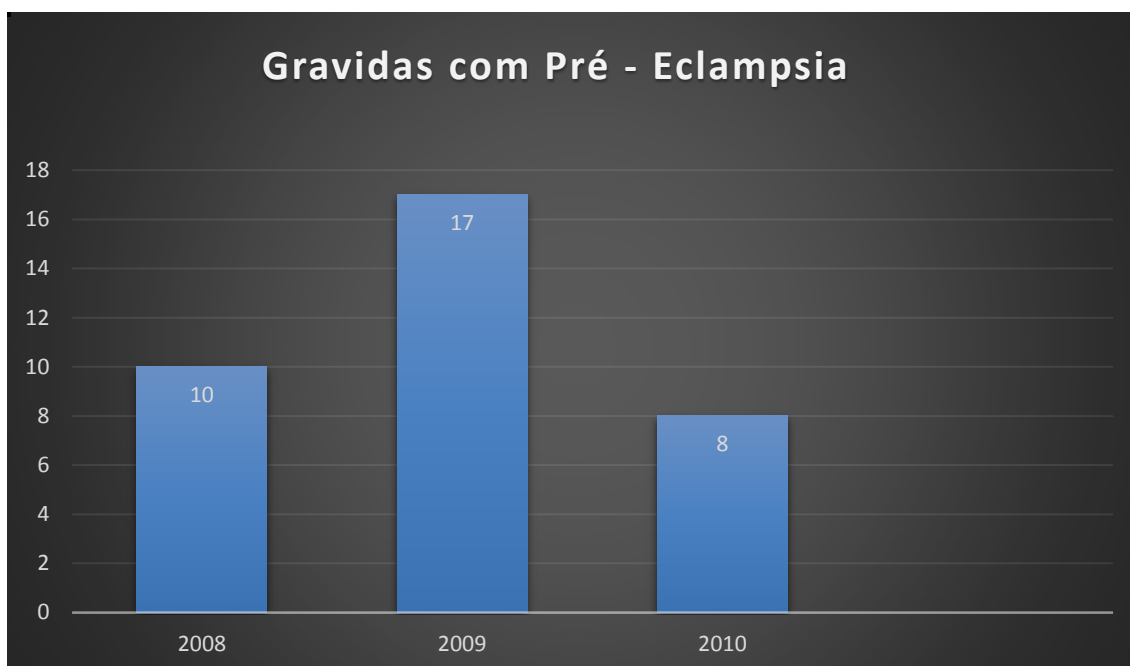


Gráfico 1: Incidência dos casos de Pré – Eclâmpsia de 2008 á 2010.

No ano de 2011 á 2013, o total de casos de grávidas diagnosticadas com Pré – Eclâmpsia de Sousa.

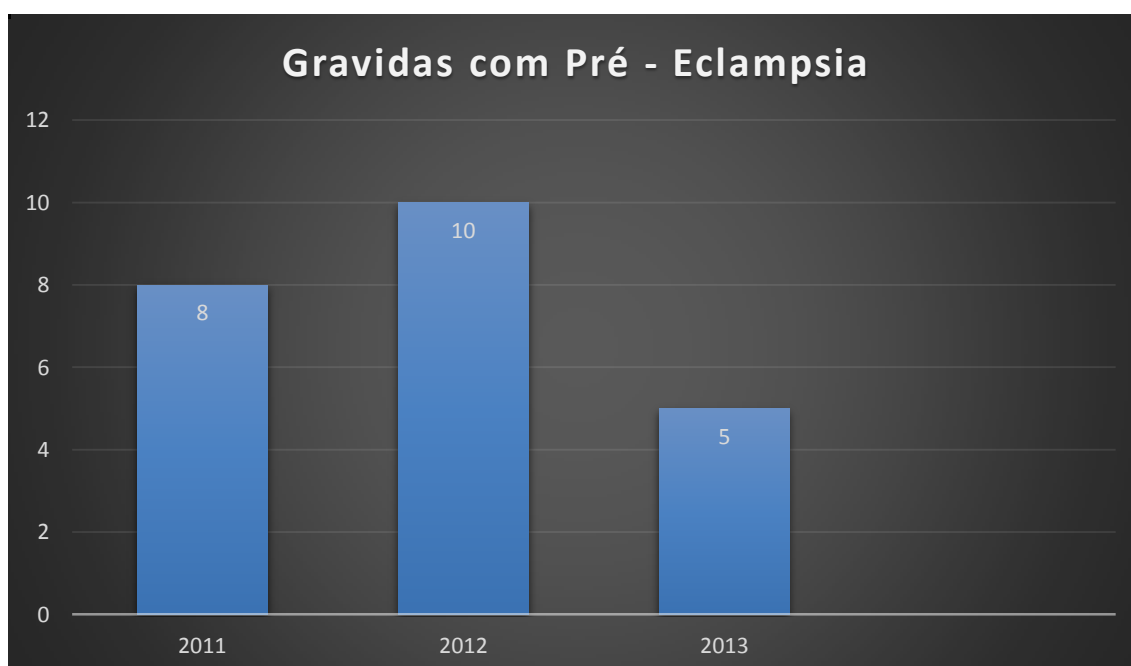


Gráfico 1: Incidência dos casos de Pré – Eclâmpsia de 2011 á 2013.

3.3. Apresentação dos dados relativamente os entrevistados

As entrevistadas demonstraram interesse em participar do estudo, relatando com espontaneidade as questões em estudo. Esses relatos foram agrupados de acordo com os caracteres semelhantes, resultando em 7 (sete) categorias.

1 – Para si o que significa a Hipertensão Arterial na gravidez?

Com as entrevistas pode – se verificar que uma boa parte das entrevistadas não sabem o que é Hipertensão Arterial na gravidez, uma vez que as entrevistadas não tem ou tem pouco conhecimento para saber o que é hipertensão, logo é normal que não tem ideia dos riscos que esta patologia pode acarretar para o seu bem-estar.

Alguns responderam que:

“... É uma doença que ocorre durante a gravidez...”.

“ É quando na gravidez a tensão sobe durante a mesma”.

Apesar de a maioria desconhecer a patologia, torna-se evidente como as utentes tenham uma noção e que precisam buscar ajuda perante esta situação.

2 – Tem conhecimento de algum familiar com Hipertensão na família?

A maioria das nossas entrevistadas disseram não ter familiares com esta patologia, pelo menos os familiares mais próximos, enquanto os outros relatam ter familiares próximos com esta patologia, como pode verificar nos relatos: *“...a minha mãe... “...tenho parentes próximos...”* e os restantes não tem conhecimento ou não tiveram a preocupação de saber.

A predisposição familiar para a Hipertensão Arterial na gestação é um facto conhecido há muito tempo, como mostra Chesley (1964, p.243) *“... são compatíveis com o fato de que a tendência para Hipertensão Arterial na gravidez é herdada no genotipo materno.”*

Sabe-se que existe forte tendência familiar em seu desenvolvimento, de forma que filhos de pais hipertensos têm maiores chances de apresentar a doença.

3- Como classificaria a relação Enfermeiro/ utente durante o tratamento?

Os enfermeiros precisam estabelecer um vínculo de confiança, que para Raeve (2002, p.2). “...é um valor de relevo actualmente em discussão em todos os sectores da sociedade. Qualquer gestor de topo, independentemente do ramo empresarial, deve preocupar-se com o grau de confiança que o seu produto ou serviço assume para o público-alvo...”, a amizade e principalmente de respeito para que o tratamento perante os seus utentes seja eficiente.

Estudos efectuados demonstram que os aspectos que o doente valoriza na sua interacção com os profissionais de saúde são a consideração, a amizade, a cortesia, o respeito e a sinceridade. A dimensão interpessoal é normalmente considerada pelos doentes como uma dos mais importantes, quando avaliam a qualidade dos cuidados prestados (Melo, 2000, p.190).

Nas entrevistas foi possível identificar o tipo de relação existente entre a equipa de Enfermagem e a utente, manifestaram-se dizendo que as relações eram classificadas de bom, enquanto outros era mais ou menos, tendo algumas até apontando os enfermeiros que gostavam de ser tratados.

Segundo os relatos pode observar que as utentes entrevistas tem um certo interesse que as relações entre eles e os enfermeiros sejam excelentes porque ajudam nos seus tratamentos.

Exemplo de uma entrevistada é que: -“ *...durante o tratamento as relações tem que ser boas...*”, outra é que: “*... durante o meu tratamento eu encontrei bons enfermeiros... foram excelentes comigo e com o meu filho.*”

Com base no relato das entrevistadas pode-se aperceber o comportamento indiferente, frio, impessoal e descompromisso da equipa perante as utentes, que se encontram preocupadas com as suas situações de saúde e o dos seus filhos.

O profissional de Enfermagem tem que adquirir competência no uso da comunicação terapêutica de modo a aquisição de conhecimento por parte das utentes e por sua parte uma assistência mais humanizada.

Isto requer do Enfermeiro habilidade para estabelecer um relacionamento entre Enfermeiro/utente com o objectivo de oferecer aquém recebe o tratamento, apoio, conforto, informação e despertar o seu sentimento de confiança e de auto-estima.

4 – Já esteve internada com outra patologia? Se sim qual?

A maioria das nossas entrevistadas (80%) nunca tivera internado por causa de outra patologia, sendo que os restantes tiveram internado devido a problemas obstétricos e ginecológicos.

5 – O que acha da assistência de Enfermagem no HBS?

Para (Almeida, 1989, p. 18) a Sistematização da Assistência de Enfermagem

“ É uma metodologia de trabalho, que possibilita a organização, planeamento e avaliação do cuidado prestado. É uma ferramenta importante para o enfermeiro alcançar qualidade da assistência, melhorar a comunicação entre a equipe, periodizar as necessidades de cada utente e ainda desenvolver acções baseadas em conhecimento técnico científico.”

“...Bom...”

“...Acho satisfatório na medida das condições...”

“ ...Alguns, porque nem todos têm a mesma capacidade...”

Nos relatos das entrevistadas, as expressões: -bom, satisfatórios, boas assistências, demonstram a satisfação das utentes com a assistência de Enfermagem.

Portanto essa satisfação se destaca mais com relação as actividades instrumentais de Enfermagem, deixando subentendido que a assistência é diferenciada entre instituições Publicas e particulares, bem como entre profissionais.

O que se observa através dos relatos a insatisfação é mais enfatizada nos aspectos expressos da Enfermagem, como falta de apoio emocional e diálogo, desinteresse com a utente e até mesmo dos cuidados mais específicos, a humanização da assistência.

6 – Acha que é importante o enfermeiro explicar-lhe o porque de todos os procedimentos? Se sim explicar?

A maternidade é um momento especial na vida de qualquer mulher e é dever do profissional de saúde promover a segurança, apoio, informação sobre esse momento.

No relato a maioria das entrevistas é perceptível verificar a importância do enfermeiro em informar as gestantes de qualquer procedimento, tranquilizando, mantendo seguro e otimizando em relação ao tratamento.

A seguir estão os seus relatos:

“... Sim porque todos têm o direito ao conhecimento do seu tratamento...”

“... Fico esclarecido de tudo o que o enfermeiro esta fazendo comigo.”

“... Sim para esclarecer as dúvidas...”

Com base nos relatos podem afirmar que para as entrevistadas é muito importante saberem a que procedimentos estão a serem expostos de modo a terem conhecimento tanto das suas patologias bem como aos tratamentos sendo eles medicamentosos ou não.

Entre as entrevistadas algumas disseram que é direito que elas têm, como vamos observar nas seguintes passagens.

“... Sim porque tenho direito...”

“... É o seu dever...”

“... Para esclarecer as dúvidas...”

7- Sente-se tranquila quando sabe que tem um profissional de saúde ao seu lado? Se sim porque?

Todas as entrevistadas sentem-se seguras quando tem um profissional de saúde aos seus lados porque para elas dizem que dá conforto, segurança e confiança, para alguém que esta sob risco.

Como pode analisar nos seus relatos:

“Sim... porque sinto que não estou sozinha num momento tão delicada:”

“Sim... porque pode me auxiliar em qualquer momento de perigo...”

“Sim... porque assim fico mais descansada, e com menos medo, preocupação e qualquer coisa eles “HELP ME”.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Actualmente a Hipertensão Arterial na gravidez tem sido alvo de pesquisas e discussões na área de Saúde da Mulher por se tratar de uma das complicações do ciclo gravítico puerperal.

A gravidez, bem como o parto são eventos fisiológicos, que provocam modificações físicas e psicológicas nas gestantes, o que pede a intervenção de profissionais de saúde para além de um útero gravítico, mas sim no seu todo.

Com o desconhecimento da sua verdadeira etiologia, vários são aqueles que se dedicam a essa temática no sentido de conhecer os factores que desencadeiam essa patologia, para uma melhor abordagem nos cuidados e tratamentos.

Considerando a problemática do tema, torna-se necessário discuti-la no sentido a obter bases para promover os cuidados de Enfermagem que podem contribuir para a melhoria na qualidade de vida das grávidas hipertensas.

Estes relatos serviram de subsídio para se discutir a filosofia da Enfermagem, o objecto de trabalho, sua actuação junto as mulheres hipertensas, enfim o cuidado humanizado que tanto é propagado pela enfermagem mas que por diversos motivos não tem sido colocado em prática na sua totalidade.

Através do estudo realizado observou-se algum desinteresse por parte da população, em especial das gestantes, em saber sobre a temática sendo a patologia de grande incidência acompanhada de maior morbimortalidade materna e perinatal.

Propostas de buscar evidencia na literatura acerca das concepções e características de Hipertensão Arterial na gravidez, objectivou um maior conhecimento do tema, visando proporcionar por meio de informação, melhoria nos serviços de saúde prestados a essa clientela e também facilitar a tomada de decisão /tratamento pelos profissionais de saúde em especial os enfermeiros.

Este estudo apresentou-se na busca e análise por meio de revisão de pesquisas já realizadas nesta área. O que levou-me a constatar que a prevenção é a única arma para combater as complicações desta patologia obstétrica, assim sendo as intervenções desempenhadas pelo enfermeiro é de extrema importância para melhorar a qualidade de vida das gestantes.

Conclui assim que o enfermeiro é bastante útil na prestação dos cuidados para ajudar as gestantes, nos cuidados e na prevenção. Sendo o enfermeiro o profissional com mais contacto com os utentes tenham que ter o máximo de cuidado possível na hora de levar os dados das gestantes para retirar o máximo de informação possível, bem como fazer educação para a saúde, exames, etc.

Com a elaboração deste estudo deparei com dificuldades na sua elaboração, na parte bibliográfica, principalmente na parte que abordavam a etiologia, factores predisponentes e os cuidados de enfermagem.

Através das entrevistas realizadas pode – se observar que a população em especial as gestantes, não tem nenhum interesse em conhecer os riscos que acarreta uma gravidez e os profissionais de saúde não transmitem nenhum tipo de conhecimento as mesmas.

Sabendo que a prevenção é a única forma de evitar/diminuir as complicações, o papel profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro torna-se importante para a orientação e assistência as gestantes para que aumenta o grau de interesse e também a qualidade de vida das mesmas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALMEIDA; MCP, Rocha; JSY, O Saber de Enfermagem e a sua Dimensão prática. 2ed. São Paulo (SP): Cortez; 1989.

AGONESI Janaina e POLATO, Angelita. Doença *Hipertensiva Específica da Gestação* (DHEG), incidência á evolução para a Síndrome de HELLP. Trabalho realizado no Hospital Universitario de Maringa (HUM), no Serviço de Prontuario do Paciente. Aprovado em 24/05/2007.

AMED. A. M. e tal. Assistência Pré – natal. Manual de orientação, 2000.

ALBUQUERQUE, Queirós Ana (2007). *Investigação para compreender*, Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

BANKOWSKI, B.J. *Manual de ginecologia e obstetrícia do Jojns Hopkins*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARRACHO, Elza. *Fisioterapia Aplicada á Obstetrícia – Aspectos de Ginecologia e Neonatologia*. 3ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

BRUNGAMANN. N. V. (2002). *Hipertensão na gravidez*. Maringá, Disponível em:<http://www.maringasaude.com.br/drnevtton/hipertensaonagravidez.shtml>. Acesso em 19 ago.2009.

BURROW e FERRIS. *Complicações clínicas na Gravidez*. 2ª ed. São Paulo: Roca, 1983.

CORLETA. H. V. E; KALIL. S. B. *Gestação e Hipertensão*. [s.l.], 2006. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?211>>. Acesso em 21 ago.2009.

CASTRO; RF, Maia; FFR, Ferreira; AR, Purisch; S, Calsolari; MR, Menezes; PAFC, Victória IMN. HELLP Síndrome Associada à Síndrome de Cushing - Relato de Dois

Casos. ArqBrasEndocrinolMetabvol 48 nº 3 Junho 2004. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v48n3/a15v48n3.pdf>, acesso em 23/10/2008.

CARVALHO; Geraldo M de **Enfermagem em Obstetrícia**. ed. Revista e ampliada. São Paulo: EPU, 2002.

CHESLEY LC; Asmito JE; Corgrave RA: The familial factor in Toxemia of pregnancy Obstet Gynecol, 1964; 32: 874.

CRAIG; Jean V. SMYTH Rosalind L. (2002).Prática Baseada na Evidência, Manual para Enfermeiros. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

COLLIÈRE; Marie Françoise (1999). Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 5ª Tiragem- Lisboa.

ENKIN; Murray (*et. al.*). Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FALCONE; I. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Atheneu, 1983.

FREITAS; P. B. C. O feto no conceito clínico de pré-eclâmpsia. Rev. Bras Hipertensão v. 4, p.154-157, 2005.

FEBRASCO; Assistência Pré – Natal: manual de orientação (S.D) p. 72á 211, Acesso 2007.

FORTIN; M.F (2000), *O Processo de Investigação*. Loures. Lusociência.

FORTIN; Marie-Fabienne (1999). O processo de investigação: Da concepção á Realização. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures –Portugal.

FRESCISCA; RH, et all (2010) *Guias para atenção continuada da mulher e do recém-nascido focalizado na APS*. Uruguia: Publicações Científicas CLAP\ SMR1562.

GUIFON, C. A. HALL, J. Fisiologia Humana. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

KAHHALE, S; ZUGAIB, M. **Síndromes hipertensivas na gravidez**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

KATZ, L et. al. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com Síndrome de HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. Revista Brasileira Ginecológica obstétrica. Vol. 30, n. 2 pp. 80. 2007.

LOWDERMILK, Deitra Leonard. **O cuidado em enfermagem materna /**

LEONARD LOWDERMILK; Shannon E. Perry e Irene M. Bobak. – 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

MATHIAS, L; Maia Filho. N.L. Manual de Obstetrícia: diagnóstico e conduta. Rio de Janeiro: EPUC, 1997.

NASCENTE; F. M. N. Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil – Rev. Assoc. med. bras. V. 55, n. 6, p. 716 – 22, jun, 2009.

NEME, Bussamara. Obstetrícia. 3ª ed. São Paulo: Savier, 2006.

Nightingale F. Notes on nursing: what is and what is not. New York: Dover publications, 1969.

OLIVEIRA AC, Vasconcelos VO, Fernandes JHA. Ruptura da cápsula hepática em HELLP síndrome. Revista Medica Ana Costa. 2005; 10(4) out-dez05, disponível em [http://www.revistamedicaanacosta.com.br/10\(4\)/artigo_6.htm](http://www.revistamedicaanacosta.com.br/10(4)/artigo_6.htm) acesso em 23/10/2008.
(11)

OLIVEIRA MIV, Pessoa SMF, Sousa RA, Barbosa MRJ. Mortalidade materna: estudo do perfil epidemiológico em uma Maternidade Escola. Rev RENE Fortaleza (CE) 2001

jan/jun; 3(1):21

NETTINA, S. M. Brunner: *prática de enfermagem*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PASCOAL Istênio F (2002). *Hipertensão e Gravidez*. Rev Bras Hipertens N° 9 (256-261). Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9->

Pascoal IF. Hipertensão e Gravidez. Ver Bras Hipertens. 2002; 9(3): 256 – 61.

PERAÇOLI JC, Rudge MVC, Calderon IMP, Maestá I, Sgarbosa F. Síndrome Hellp recorrente: relato de dois casos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 1998; 20 (3): 165-167. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n3/a08v20n3.pdf> acesso em 25/10/2008.

PERRY;LowdermilK (2006). *Enfermagem na Maternidade*. Lusodidacta, 7ªEdição.

PIATO, S. e TEDESCO, J. J. de A., (2004), *Diagnóstico e terapias das patologias Obstétricas*, Rio de janeiro, Editora Livraria Atheneu.

POTTER; Patrícia e PERRY; Anne (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e procedimentos*. 5ª Edição. Lisboa. Lusociência.

PORTO, A. M. Hipertensão na Gravidez: manual de orientações. Federação brasileira de ginecologia e obstetrícia, 1997.

REZENDE; J. MONTENEGRO; C.A.B. Obstetrícia fundamental. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

REZENDE;Jorge (2000). *Obstetrícia* 9ª Edição, Rio Janeiro. GuanabanaKoagan.

REZENDE, J, Montenegro, C. A. B. obstetrícia fundamental. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RICCI, Suzan Scott. Enfermagem Materno – Neonatal e Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Roberts JM. Endothelial dysfunction in pre - eclâmpsia. Semin Reprod Endocrinol. 1998;16(1): 5-15. [[Links](#)].

SASS, Nelson; CAMANO, Luiz. MORON, António Fernandes. Hipertensão Arterial Nefropatias na Gravidez. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SANTOS, Ana Cristina e CARDOSO, Ana Maria (2010). A qualidade de vida e o suporte social da grávida. Revista da Associação Portuguesa dos enfermeiros Obstetras Nº 11. Portugal.

SIRIO, Maria. Alfenas de Oliveira (et. al). Estudo dos Determinantes Clínicos e Epidemiológicos das concentrações de Sódio e Potássio no Colostro de Nutrizes Hipertensas e Normotensas. Caderno de Saúde Publica. Rio de Janeiro, vol. 23, nº9, 2007.

SILVA, K. B. da e CARVALHO, C. A. de, (2011), *Prevalência da lombalgia e sua associação com atividades domésticas em gestantes do município de Itabuna, Bahia*, in *Revista Baiana de saúde pública*, vol. 35, nº.2, pp.387-396, [em linha], Disponível em <<http://www.files.bvs.br/upload/S/01000233/2011/v35n2/a2459.Pdf>>,[consultado em 17/05/2012].

SPINDOLA, T.PENNA, L. H. G. PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré – natal de um hospital universitário. Ver. Esc. Enferm. USP. v. 40, n. 3,p 381 – 8, sep. 2006.

SOUSA, Araújo Santos, et al 2009, “*Factores de risco para a Síndrome Hipertensiva específica de gravidez*”. Revista Brasileira em promoção da Saúde. Vol.22. 1 (48-54).

SOUSA, Sartor e PRADO (2005). Da qualidade dos cuidados de Enfermagem á satisfação das necessidades do utente. Dissertação de Mestrado em ciências de Enfermagem. Porto.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de Enfermagem Médico Cirurgico. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara 2005.

STRUBERT E CARPENTER (2002). Investigação Qualitativa em Enfermagem, Avançando- O Imperativo Humanista, 2º edição. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

TURATO, E. (2005). Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: Direcções Diferenças e seus Objectos de Pesquisa. Ver Saúde Pública. Campinas – Brasil.

WEINSTEIN L. Syndrome of Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 142, p. 159 – 67, 1982.

ZIEGEL, E; CEANLEY, M.S. **Enfermagem Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

Anexos

Índice de Anexos

Anexo 1 – Autorização da Coordenadora para a Recolha dos Dados para Monografia do Final de Curso no HBS.

Anexo 2 – Pedido de Autorização de Aplicação de um Inquérito



Anexo 3 - Declaração do Coordenador para Orientação do TCC

Anexo 4 – Cronograma das actividades a serem desenvolvidas ao longo do estudo

Anexo 5 – sons de korotkoff

Anexo 6 – Critérios de Forma de Classificação da Síndrome de HEEP

Anexo 1 – Autorização da Coordenadora para a Recolha dos Dados para Monografia do Final de Curso no HBS.

**UNIVERSIDADE DO MINDELO**
Sapientia Ars Vivendi
11 ANOS PROMOVENDO A QUALIDADE

Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 21 de Março de 2014

Assunto: Recolha de Dados para Monografia do Final de Curso


A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio comunicar que no âmbito do Ensino Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, integrado no 2º Semestre do 4º Ano do curso, os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).


Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar-me,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros e profissionais da saúde de Cabo Verde.

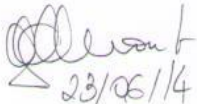

A Coordenadora do curso Licenciatura Em enfermagem

**UNIVERSIDADE DO MINDELO**
Enf.ª Acelia Mireya Caceres
Universidade do Mindelo
Departamento Escola de Saúde
Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

Rua Patrice Lumumba, CP 648 – Mindelo – São Vicente – CABO VERDE
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> - e-mail: geral@uni-mindelo.edu.cv - Telefone: +238.2326810 – Fax: +238.2325132
NIF: 562770755

mod 90X.13

Anexo 2 – Pedido de Autorização de Aplicação de um Inquérito

A Comissão de Ética e Direção do Serviço
de Ginec.-Obst. para parecer! 
Assunto: 23/06/14

Pedido de autorização para aplicação de um inquérito

Ex^a Senhora Directora do Serviço da Maternidade do HBS

Dr.^a Sandra Monteiro

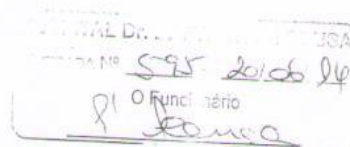
Eu, Gisella Patricia Silva Delgado, n.º 2330, para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, vim por este meio mui respeitosamente pedir a Vossa Excelência se designe autorizar a aplicação de uma Entrevista às gestantes e puérperas que se encontram neste serviço. Os dados recolhidos se destinam ao desenvolvimento de um trabalho de investigação cujo tema é “Hipertensão Arterial na Gravidez”.

Enfatizo ainda que os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, as participantes serão identificadas, e que o funcionamento da instituição não será posta em causa.

A Requerente



/Gisella Delgado/



Mindelo, 20 de Junho, de 2014

Anexo 3 -Declaração do Coordenador para Orientação do TCC

Declaração

Eu, Luís Alberto Flores Roque, orientador do trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante Gisella Patrícia Silva Delgado, nº 2330, matriculada no Curso de Enfermagem, na Universidade do Mindelo, declaro que, para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, encontra-se a desenvolver uma pesquisa cujo tema é: **“Hipertensão na Gravidez”**.


Pretende desenvolver o trabalho de investigação, recolher dados, através de entrevista/questionário a utentes/pacientes da Enfermaria de Maternidade, no Hospital Baptista de Sousa, no Concelho de São Vicente.

Paralelamente á metodologia de recolha de dados indicada, a estudante pretende levantar dados do sistema de registo da Enfermaria da Maternidade, no Hospital Baptista de Sousa.

Para terminar, a estudante está capacitada para em todos os momentos da pesquisa, respeitar os procedimentos éticos que a investigação requer, compromete-se a respeitar as normas do Hospital Baptista de Sousa e a ter uma conduta decente que não prejudica nem interfere no trabalho que neles é desenvolvido.

Mindelo, 29 de Abril de 2014

O Orientador



O/A Coordenador (a) do Curso



Anexo 4 – Cronograma das actividades a serem desenvolvidas ao longo do estudo

Atividades A serem desenvolvidas	Ano 2013/ 2014 meses								
	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Elaboração do projeto									
Defesa do projeto									
Pesquisa Bibliográfica									
Sistematizaã o de dados coletivos									
Redação de TCC									
Entrega de TCC									
Apresentação de TCC									

Anexo 5 – sons de korotkoff

Sons de korotkoff		
Fase	Qualidade de sons	Base teórica
1	Som súbito, forte e bem definido;	Tensão iguala a tensão sistólica. Ocorre passagem parcial da onda de pulso arterial.
2	Sons soporosos, mais suaves e prolongados;	Há alteração do diâmetro arterial que leva a um fluxo turbulento, produzindo uma vibração – sopros.
3	Sons mais nítidos e intensos (semelhante ao da fase 1)	A tensão diminui. A artéria permanece aberta na sístole mas fechada na telediástole.
4	Sons abruptos, mais suaves e abafados.	A tensão iguala o nível da tensão diastólica arterial
5	Desaparecimento completo dos sons;	A artéria permanece aberta durante todo o ciclo cardíaco

Anexo 6 – Critérios de Forma e Classificação da Síndrome de HEEP

Critérios de Forma e Classificação da Síndrome HELLP		
Forma	Classe	Critérios
Completa	I II	Plaquetas abaixo de 50.000 mm ³ Plaquetas entre 50.000 e 100.000 mm ³ AST \geq 70UI/l LDH \geq 600UI/l Bilirrubina \geq 1,2mg/dl
Parcial	III	Pré-Eclâmpsia grave + ausência de hemólise (ELLP); elevação dos marcadores hepáticos (EL). Plaquetas entre 100.000 mm ³ e 150.000 mm ³
Fonte: adaptado de Montenegro e Rezende Filho, 2000, (6), Tedesco, 1999(7).		